



Universidade de Aveiro Departamento de Educação  
Ano 2011

**JOANA CRISTINA  
FERREIRA PINTO**

**SAÚDE SEXUAL E BEM-ESTAR NAS PESSOAS  
COM DEFICIÊNCIA MENTAL**



Universidade de Aveiro Departamento de Educação  
Ano 2011

**JOANA CRISTINA  
FERREIRA PINTO**

## **SAÚDE SEXUAL E BEM-ESTAR NAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MENTAL**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia: Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a orientação científica do Doutor Pedro Nobre, Professor auxiliar com Agregação do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

## **o júri**

Presidente

Prof. Doutora Anabela Maria Sousa Pereira  
professora auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro

Doutora Sandra Maria de Celeste Serapicos Vilarinho  
Investigadora da Universidade de Aveiro

Prof. Doutor Pedro Jorge da Silva Coelho Nobre  
professor auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro

## **agradecimentos**

A todos quantos me apoiaram na realização da minha tese de mestrado, nomeadamente ao Professor Doutor Pedro Nobre, pela exigência e minuciosa orientação e, acima de tudo, por toda a confiança depositada em mim. Às instituições de ensino especial, pois sem o seu apoio, este trabalho não seria possível. Uma palavra informal, mas não menos especial, à minha mãe pela tolerância demonstrada e à amiga Diana pela amizade e companheirismo. A todas as pessoas com Deficiência Mental, por quem tenho um enorme carinho e a quem é dirigido este trabalho.

## palavras-chave

Saúde Sexual, Sexualidade, Bem-Estar, Qualidade de Vida, Deficiência Mental.

## resumo

A Deficiência Mental (DM) foi sendo negligenciada ao longo dos tempos, começando a ganhar maior visibilidade nos últimos anos. Assim, surgiram alguns estudos, no sentido de melhor a compreender e melhorar a Qualidade de Vida das pessoas com DM. A saúde sexual foi um dos pontos que mereceu atenção, tendo sido verificado uma grande falta de conhecimento, poucas experiências positivas e sentimentos negativos, no que toca à sexualidade, nesta população. A grande expansão deste tema, deu-se quando surgiram casos de SIDA e frequentes abusos sexuais nas pessoas com DM, daí surgiram alguns programas de educação sexual. Até então, a sexualidade era reprimida pelos seus cuidadores e familiares, o que ainda hoje se pode verificar. Desta forma, no presente trabalho e após uma primeira abordagem teórica da temática, apresentamos os resultados de um estudo empírico, por nós desenvolvido, cujo objectivo principal assentou na identificação de associações entre indicadores de Saúde Sexual e Bem-Estar das pessoas com DM. Paralelamente, verificamos os níveis de conhecimento, experiência, necessidades e atitudes sexuais, bem como, a vulnerabilidade ao abuso sexual e respostas assertivas em situações de coação sexual. O estudo envolveu 86 pessoas com DM moderada (49 homens e 37 mulheres), com idade igual ou superior a 18 anos. Os instrumentos utilizados foram o *Sexuality Knowledge, Experience and Needs Scale for People with Intellectual Disability* (SexKen-ID), que avalia questões relacionadas com a saúde sexual, e o *Personal Wellbeing Index – Intellectual Disability* (PWI-ID), que avalia o Bem-Estar Pessoal. Os resultados sugerem que as pessoas com DM apresentam níveis baixos de conhecimento, de experiência, necessidades elevadas e sentimentos negativos face à sexualidade. No que diz respeito a situações de abuso sexual, indicaram uma baixa capacidade de responder de forma assertiva. Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre a sexualidade e o Bem-Estar das pessoas com DM. De um modo geral, este estudo pretende contribuir para o aumento do conhecimento sobre diferentes aspectos da sexualidade nas pessoas com DM, tendo em conta a escassez de estudos nesta área. Esperamos, assim, contribuir para o desenvolvimento de programas de promoção do Bem-Estar e da Educação Sexual, baseados na evidência científica.

**keywords**

Sexual Health; Sexuality; Wellbeing; Quality of Life; Intellectual Disability.

**abstract**

The Intellectual Disability (ID) has been neglected over the years and began to gain more visibility in recent years. Thus, some studies have emerged in this population in order to better understand and improve their quality of life. Sexual health was one of the points that deserve attention, having been shown a great lack of knowledge, few positive experiences and negative feelings from these people regarding sexuality. The great expansion of this theme began when the the first HIV cases appeared followed by the frequent sexual abuse in this population and so some sex educational programs took place. Until then, sexuality was repressed by caregivers and relatives of people with ID, which can still be seen today. Moreover, in this study, after a first theoretical approach of the theme, we present the results of an empirical study developed by us. The main purpose was the identification of associations between indicators of sexual health and Wellbeing of people with ID. In parallel we sought levels of knowledge, experience, needs and sexual attitudes and the vulnerability to sexual abuse and assertive responses to situations of sexual coercion. A total of 86 persons with moderate intellectual disability (49 men 37 women) and aged superior or equal to 18. The instruments were *Sexuality Knowledge, Experience and Needs Scale for People with Intellectual Disability* (SexKen-ID), which assesses issues related to sexual health, and the *Personal Wellbeing Index – Intellectual Disability* (PWI-ID), that evaluates the Personal Wellbeing. The results suggest that people with ID have low levels of Knowledge, experience, high needs and negative feelings towards sexuality. About sexual abuse, in general terms, they indicated, a low capacity to respond assertively. There were no statistically significant correlation between sexuality and Wellbeing of persons with ID. In general, this study aimed to contribute to increased knowledge about different aspects of sexuality in people with ID, taking into account the scarcity of studies in this area. We hope we can give an important contribution to the development of programs to promote the Wellbeing and Sexual Education Based on scientific evidence.

## Índice

Introdução .....	1
Saúde Sexual .....	2
Qualidade de Vida.....	3
Sexualidade na DM .....	3
Abuso e Educação sexual na DM .....	5
Bem-Estar e Sexualidade na DM .....	7
Método .....	8
Participantes .....	8
Procedimentos .....	9
Instrumentos .....	9
Resultados .....	11
Sexualidade na DM .....	11
Abuso Sexual na DM .....	15
Bem-Estar Pessoal na DM .....	17
Sexualidade e Bem-Estar na DM .....	17
Discussão .....	19
Referências Bibliográficas .....	23
Anexo 1 .....	28
Anexo 2.....	75

## Índice de tabelas

<b>Tabela 1.</b> Conhecimento, Experiência, Sentimentos e Necessidades Sexuais das Pessoas com Deficiência Mental (média, desvios-padrão, consistência interna e consistência inter-avaliador).....	12
<b>Tabela 2.</b> Frequência das Experiências Sexuais nas Pessoas com Deficiência Mental....	14
<b>Tabela 3:</b> Análise do CHI QUADRADO do conhecimento em relação à temática de abuso sexual para os diferentes sexos, nas pessoas com DM.....	15
<b>Tabela 4:</b> Análise do CHI QUADRADO do conhecimento, em relação à temática de abuso sexual, para as diferentes habilitações literárias das pessoas com DM.....	16
<b>Tabela 5.</b> Correlação entre domínios do Bem-Estar e subescalas da sexualidade para as pessoas com DM (valores após correcção de Bonferroni).....	18



## Introdução

A história da Deficiência Mental (DM) não é um conhecimento do qual a Humanidade se possa orgulhar do ponto de vista dos direitos humanos. Até 1800 não era considerada um problema científico, sendo que o suporte das primeiras perspectivas de caracterização da DM, foram desenvolvidas em função da baixa capacidade “intelectual” e das dificuldades em aprender (Binet, 1990; cit. por Morato, 1995). A American Psychiatric Association (APA, 2006, p. 41) define a DM como um “funcionamento intelectual global inferior à média, que é acompanhado por limitações no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes áreas: comunicação, cuidados próprios, vida doméstica, competências sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, autocontrolo, competências académicas funcionais, trabalho, tempos livres saúde e segurança. O início deve ocorrer antes dos 18 anos”. Esta definição é partilhada pela American Association on Mental Retardation (AAMR, 2002).

A DM em Portugal é mais prevalente numa faixa etária envelhecida, sendo predominantemente em mulheres. Cerca de 60% das pessoas com DM são casadas, 37% completaram o 1º ciclo e 60% tem incapacidades e alterações nas funções físicas. Uma larga percentagem é desempregada, apenas 28% tem um trabalho, sendo que os rendimentos estão abaixo dos 403€ (Centro de Reabilitação Profissional de Gaia [CRPG] & Instituto Superior de Ciências do Trabalho [ISCTE], 2007).

Uma das áreas que mais tem sido negligenciada na DM é a sexualidade. Para Giami (2000; cit. por Bastos & Deslandes, 2005), existe um imaginário social que constrói a sexualidade da pessoa com deficiência a partir de um conjunto de representações relativas à monstruosidade e à anormalidade, ficando a cargo das famílias e dos cuidadores nas instituições, a educação e o controle da sua manifestação. Este sistema de representações conduz a sexualidade das pessoas com deficiência ao estado de natureza, no qual parece difícil de ser educada e controlada, sendo que o não controlo implica práticas sexuais consideradas socialmente inadequadas. Tais preconceitos podem estar na origem do desconhecimento de questões que dizem respeito aos aspectos do desenvolvimento sexual das pessoas com DM.

O facto da sexualidade, nesta população, não ser reconhecida e ser alvo de um grande tabu pela sociedade, influencia e limita a sua liberdade de expressão sexual (Bernert, 2011), apesar das necessidades que apresentam (Lofgren-Martenson, 2004). O

menor conhecimento sobre sexualidade das pessoas com DM, revela que há menos discussão sobre questões sexuais entre elas e a sua família e, não sendo um assunto discutido, é menos provável de ser normalizado (McCabe, 1999).

A escassez de estudos de cariz científico sobre a sexualidade na DM, é congruente com a visão de que estas pessoas não têm sexualidade e por isso, não é relevante. Sendo assim, qualquer avanço no sentido de perceber, compreender e predizer comportamentos, contribui para criar estratégias e programas, colmatando as lacunas nas vidas das pessoas com DM e melhorar o seu Bem-Estar.

### *Saúde Sexual*

A saúde sexual é mais do que a ausência de doença. O direito ao prazer sexual deve ser universalmente reconhecido e promovido (Hull, 2008). Para alguns, o foco é a saúde, tal como as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), outros interpretam a saúde sexual de uma forma mais ampla, incluindo as dimensões de bem-estar e qualidade de vida. Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002; cit. por Sandfort & Ehrhardt, 2004) a saúde sexual é um estado físico, emocional, mental e de bem-estar social, relacionado com a sexualidade, não sendo meramente a ausência de doença ou de disfunção. Este termo é frequentemente aplicado no contexto da educação sexual e na promoção da saúde (Taylor & Davis, 2007; Hull, 2008).

Estudos referem que o facto de uma mulher ter transtornos físicos, como a síndrome dos ovários policísticos, influencia a sua vida sexual, estando menos satisfeitas. Sintomas relacionados com a resistência insulínica, a obesidade e o hirsutismo, são factores que também diminuem a satisfação sexual das mulheres (Mansson, Norstrom, Holte, Landin-Wilhelmsen, Dahlgren & Landén, 2011). O prazer é um elemento-chave na motivação para o principal resultado do comportamento sexual (Hull, 2008), sendo particularmente eficaz em fazer uma pessoa sentir-se viva, colmatando a dor, tanto física como emocional. No entanto, existe um discurso que não menciona o prazer sexual nas pessoas com DM (Tepper, 2000).

A saúde sexual requer uma abordagem positiva da sexualidade, bem como, a possibilidade de ter prazer e ter experiências sexuais seguras, livres de coerção, discriminação e violência. Para a saúde sexual ser alcançada e mantida, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e cumpridos (Sandfort & Ehrhardt,

2004). Trabalhar para promover o prazer sexual é uma componente de saúde sexual e, consequentemente, de bem-estar (Hull, 2008).

### ***Qualidade de Vida***

A Qualidade de Vida (QV) pode ser definida pela percepção que o indivíduo tem sobre a sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e os sistemas de valores de que faz parte, sendo o resultado da interacção entre os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1994). As normas para uma vida satisfatória são subjectivas, dependem das prioridades de cada um, do que querem, dos seus gostos, dos valores pessoais, dos cuidados de saúde, entre outros (Haybron, 2007).

A inserção na sociedade e a inclusão na escola contribuem de forma positiva na QV das pessoas com DM e no seu desenvolvimento social. Alguns autores defendem que a socialização se dá, de um modo mais eficaz, quando os adolescentes com DM são integrados num processo educacional normal, comparativamente aos que frequentam uma escola de ensino especial (Kennedy, 2001; cit. por Bastos & Deslandes, 2005).

O modelo de QV apresentado pelo CRPG e ISCTE (2007) para as pessoas com DM baseia-se: na manutenção dos níveis óptimos de autonomia das pessoas, através de mobilização de apoios e intervenções multidisciplinares coordenadas e à medida, visando a resolução dos desafios contextuais específicos da pessoa; no desenvolvimento de competências pessoais e na mobilização de recursos, a fim de maximizar os níveis de actividade e promover a participação na comunidade; nas oportunidades; na igualdade de condições e na garantia de acesso aos direitos.

Os termos QV e Bem-Estar são muito semelhantes. A opção pela utilização do último, com maior frequência ao longo deste trabalho, deveu-se ao facto de ser o termo designado no instrumento de avaliação que foi administrado.

### ***Sexualidade na DM***

Gale (1989; cit. por Maia & Camossa, 2003) refere que as barreiras que podem limitar a vivência da sexualidade da pessoa com DM seriam físicas (falta de aptidão verbal, de locomoção, de higiene pessoal e maneirismos), psicológicas (tédio, depressão e baixa auto-estima) e sociais (isolamento, falta de convívio entre amigos, discriminação e preconceitos sociais).

Um estudo de Janssen, Schuengel e Stolk (2005) revelou que os pais, em oposição aos cuidadores das instituições, julgam o item da sexualidade “não aplicável” aos seus filhos/as com DM. A maioria dos pais não aceita e ignora as necessidades e sentimentos sexuais dos seus filhos/as, limitam-lhes os contactos e a possibilidade de expressarem a sua sexualidade (baixos níveis de expressão da sexualidade (McCabe, 1999)), devido ao medo do abuso e gravidez indesejada (Leutar & Mihokovic, 2007). Os resultados do estudo de Lin, Lin, Chu e Lin (2010) mostraram que os cuidadores das pessoas com DM, não têm comportamentos adequados de apoio aos cuidados de saúde reprodutiva, em relação às mulheres, particularmente no planeamento familiar. Não detêm de competências para informar sobre o ciclo menstrual ou sobre a apalpação mamária. Giami (1987) acrescenta que a expressão da sexualidade não é encorajada pelos pais, pelos cuidadores ou pela comunidade em geral das pessoas com deficiência.

Lin e colaboradores (2010) constataram que não era permitido às mulheres com DM, que se encontravam institucionalizadas, terem relações sexuais com os seus namorados, já que o casal era vigiado e castigado se tal acontece-se. Aquelas que viviam com as suas famílias, mas que estudam/trabalham com os seus namorados, não lhes era consentido darem a mão ou beijarem os seus namorados, acabando por fazê-lo às escondidas, de forma a explorarem e expressarem a sua sexualidade.

O facto de se ter uma DM influencia a sexualidade de alguma forma (Bernert, 2011), apesar de não deixarem de ser seres sexuais (Kijak, 2010). A insatisfação com a necessidade de inibir a actividade sexual é manifestada nas pessoas com DM (Janssen et al., 2005). A variável estado civil parece ser um forte preditor de bem-estar sexual e satisfação sexual, já a ansiedade sexual e a atractividade, produzem um efeito menor (Kedde & Van Berlo, 2006).

As pessoas com DM experienciam baixos níveis de conhecimento e experiências sexuais, mais atitudes negativas face ao sexo e fortes necessidades sexuais (fundamentalmente nas subescalas: namoro e intimidade e interacção sexual), comparativamente às pessoas com deficiência física e à população em geral. Estes resultados apresentaram diferenças estatisticamente significativas (McCabe, 1999; McCabe, Cummins & Deeks, 2000; Isler, Tas, Beytut & Conk, 2009; Leutar & Mihoković, 2007). Os baixos conhecimentos das pessoas com DM moderada referem-se: às DST e às formas de se protegerem contra elas; aos métodos contraceptivos; à gravidez; à

menstruação; à fertilidade; às maneiras adequadas de reagir em situações de abuso sexual (Leutar & Mihokovic, 2007; Cheng & Udry, 2002) e aos “sonhos molhados”. Existem dados que revelam uma maior consciência sobre a sexualidade pelas pessoas com DM ligeira, comparativamente às pessoas com DM moderada. Além disso, apresentam melhores conhecimentos sobre a higiene do corpo durante a menstruação e melhores conhecimentos sobre DST (ambos os resultados, estatisticamente significativos) (Leutar & Mihokovic, 2007). Cerca de 80% dos inquiridos no estudo de Leutar e Mihokovic (2007) têm uma atitude negativa em relação à homossexualidade.

A masturbação é utilizada como forma de reduzir a tensão sexual, em 76% dos jovens no estudo de Kijak (2010), sendo o comportamento mais comum nas pessoas com DM (Van Bourgondiera, Reichle & Palmer, 1997). Os seus interesses em questões sexuais são muito elevados e, a necessidade de expressar essas emoções através do contacto físico com outra pessoa, ainda maiores (Kijak, 2010). Levitz e Kingsley (1994; cit. por Kijak, 2010) estabeleceram no seu estudo, que a maioria das pessoas com DM avaliados, sabia o que era um casamento e estavam claras da necessidade de se prepararem para isso, ou seja, que o casal se deve conhecer um ao outro antes de se casar. O facto de se estar apaixonado não seria suficiente.

É necessário compreender que a maioria das pessoas com DM, têm um desenvolvimento normal das características sexuais, tanto físicas quanto psicológicas (à excepção das portadoras de algumas síndromes raras e específicas), embora nalguns casos mais tardios. Isso significa que, como acontece com todos os outros adolescentes, há um aumento no interesse por sexo a partir da adolescência (Glat, 1992). Surís, Resnick, Cassuto e Blum (1996) estudaram uma amostra de mais de 36.000 alunos do 7º ao 12º ano de escolaridade e, relataram, que os estudantes com DM não diferem dos outros estudantes em termos de iniciação sexual.

### ***Abuso e Educação sexual na DM***

Nos últimos 40 anos, houve um desenvolvimento de programas de saúde sexual direccionados para as pessoas com DM, atendendo às suas necessidades. Porém, há lacunas na educação sexual desta população (Kijak, 2010). As razões para a sua criação resultam, também, da elevada frequência de abuso sexual (McCabe, Cummins & Reid, 1994; Hancock, 2008; Cheng & Udry, 2002; Surís et al., 1996; Tepper, 2000), da falta de

informação sobre a violação sexual (Kijak, 2010) e do aumento de casos com SIDA nas pessoas com deficiência (Hancock, 2008), tornando-se num assunto de saúde pública. Estes programas surgem para educar as pessoas com DM sobre o abuso sexual, apesar de não ser suficiente para as proteger dele (McCabe et al., 1994).

Alguns estereótipos e mitos podem aumentar a vulnerabilidade ao HIV/SIDA. Já que a virgindade é tão valorizada no Sul de África, as jovens com deficiência são tidas como tendo uma virgindade assegurada, dada a protecção que sobre elas exercem e a negação ao acesso à educação sexual. A existência do mito de que o sexo com uma virgem pode curar o HIV/SIDA (Hancock, 2008), bem como, os seguintes factores: vulnerabilidade física; necessidade de cuidados adicionais; viver em instituições; risco de manipulação; falta de informação; pobreza; baixa escolaridade; marginalização; isolamento social e a crença quase universal de que não podem ser testemunhas confiáveis, contribuem para que as pessoas com DM se tornem alvos fáceis, potenciais vítimas de estupro e um sério risco de contraírem HIV/SIDA. Portanto, a atenção deve focar-se neles (Hancock, 2008; Groce, 2003), apesar de existir ainda a crença de que as pessoas com DM não estão em risco (Hancock, 2008).

Num estudo de McCabe e colaboradores (1994), uma elevada percentagem de pessoas com DM acreditavam que não eram elas a decidir o nível da sua experiência sexual. Para além disso, expressavam menos sentimentos negativos acerca do abuso sexual, comparativamente às pessoas com deficiência física e à população em geral. Dado que, grande parte do abuso sexual é realizado por parentes e amigos, muitas pessoas com DM não sabem lidar com essas situações de exploração sexual, colocando-se numa posição de confiar em alguém que as ajuda nas suas necessidades, mas que também as maltrata. Brown (1994; cit. por McCabe et al., 1994) refere que viver uma vida ordinária é um desafio, mas viver uma vida sexual normal no sentido de exercer os direitos sobre a sua própria sexualidade, é viver uma vida de rebeldia.

Em relação aos programas de educação sexual, as pessoas com DM expressam a necessidade de incluir os cuidadores nesses programas e apontam a amizade, os relacionamentos (duradouros e casamento) e os comportamentos sexuais seguros, como os temas mais desejados para aprenderem (Swango-Wilson, 2010).

Isler e colaboradores (2009) revelam que 51,7% de adolescentes com DM, nunca tiveram educação sexual. Para além disso, 46,7% nunca falaram sobre sexo com os seus

pais, apresentado um nível de conhecimento baixo, sendo que, os escassos conhecimentos que detêm revelam-se pouco correctos, por exemplo, sobre algumas características de desenvolvimento na adolescência, considerar que o sexo se caracteriza por beijos, etc. (Isler et al., 2009; Kijak, 2010). Na Austrália já existem programas sobre DST, menstruação, métodos contraceptivos e relacionamentos.

É necessário não ignorar a educação sexual nesta população. Como os pais, educadores e sociedade em geral, não têm competências para educar sexualmente as pessoas com DM e para as ajudar a lidarem com os seus sentimentos, também devem ser incluídos nos programas de educação sexual, para que haja um reconhecimento e aceitação das necessidades e emoções sexuais das pessoas com DM. Tudo isto, no sentido de fazer com que as pessoas com DM se sintam confortáveis em expressarem a sua sexualidade (Van Bourgonciera et al., 1997; Servais, 2006; McCabe, 1999; Cheng & Udry, 2002; Hancock, 2008).

### ***Bem-Estar e Sexualidade na DM***

São vários os estudos que aparecem na literatura sobre a importância da sexualidade no bem-estar da população em geral e das pessoas com algumas patologias específicas, sendo que a informação na DM é muito escassa e com conclusões pouco empíricas. Assim, verifica-se que na população em geral a satisfação e o prazer sexual influenciam o seu bem-estar (Walters & Williamson, 1998; Hull, 2008; McCabe et al., 2000; Giami, 1987; Nosek et al., 1994; cit. por McCabe et al., 2000; Janssen et al., 2005).

A satisfação sexual foi relacionada à uma maior QV, assim como a dor foi associada com uma menor satisfação sexual e uma menor QV. Tendo em conta este pressuposto, a satisfação nos relacionamentos sexuais prediz a QV global de pessoas com deficiência física, nomeadamente pessoas amputadas, segundo um estudo de Walters e Williamson (1998). Hull (2008) acrescenta que as pessoas incapazes de alcançarem desejos e prazeres sexuais devido a uma deficiência física, experimentam uma perda de bem-estar que pode ser extremamente angustiante. Por seu turno, McCabe e colaboradores (2000) constataram muito poucas associações entre sexualidade e QV nas pessoas com deficiência física, apesar de Giami (1987) e Nosek et al. (1994; cit. por McCabe et al., 2000), averiguarem precisamente o contrário. Nosek e colaboradores (1994; cit. por McCabe et al.

(2000) enfatizaram a importância da informação e experiência sexual para a satisfação e bem-estar na vida das pessoas com deficiência física.

Em relação à DM, Janssen et al. (2005) não verificaram correlação estatisticamente significativa entre QV e sexualidade, apesar destas variáveis terem sido avaliadas pelos cuidadores das pessoas com DM.

O presente estudo tem como objectivo contribuir para o aumento do conhecimento sobre diferentes aspectos da sexualidade nas pessoas com DM, e avaliar a importância da saúde sexual no bem-estar e QV desta população. Tendo em conta a escassez de estudos sobre esta temática, esperamos contribuir para o desenvolvimento de programas de promoção de Bem-Estar e de Educação Sexual, baseados na evidência científica. De referir ainda, que as pessoas com DM têm as mesmas necessidades, os mesmos direitos e as mesmas responsabilidades que todas as outras pessoas.

**Tendo em conta a revisão da literatura esperamos encontrar os seguintes resultados:**

1) As pessoas com DM possuem níveis reduzidos de conhecimentos e experiências sexuais, níveis mais elevados de necessidades e atitudes sexuais negativas; 2) As pessoas com DM são vulneráveis ao abuso sexual e têm respostas pouco assertivas face a situações de coação sexual; 3) Diferentes indicadores de saúde sexual (nomeadamente o Namoro e Intimidade e a Interação Sexual) estão positivamente associados ao Bem-Estar nas pessoas com DM.

## **Método**

### ***Participantes***

Este estudo envolveu a participação de um total de 86 pessoas com Deficiência Mental Moderada, dos quais 49 são do sexo masculino e 37 do sexo feminino, de duas instituições de ensino especial diferentes. Todos eram solteiros e apenas 6 têm Síndrome de Down. Somente 8 estavam institucionalizados. A idade dos participantes variou entre 18 e 47 ( $M=26.80$ ;  $DP=7.09$ ). Em relação às habilitações literárias, 12,8% dos sujeitos não tinham escolaridade, 51,2% tinham o 1º ciclo ou inferior a este, 17,4% tinham completado o 2º ciclo e 18,6% o 3º ciclo. De referir que a confidencialidade foi mantida durante todo o processo.



### ***Procedimentos***

Antes de se iniciar a recolha de dados, foi elaborado um pedido de autorização às duas instituições de ensino especial. A opção pelo nível de DM Moderada prendeu-se com a capacidade dos participantes para responderem de forma válida às entrevistas. A selecção dos participantes ficou a cargo dos psicólogos e assistentes sociais das instituições, tendo em conta os critérios de inclusão do estudo (DM moderada e com idade igual ou superior a 18 anos). Foram enviadas cartas para casa dos participantes seleccionados (que cumpriam os critérios de inclusão) com o consentimento informado, os objectivos da investigação, as condições de participação, os limites de confidencialidade e os procedimentos, por forma a que os encarregados de educação fossem informados e pudessem decidir de forma livre a participação do aluno no estudo.

Foram realizadas entrevistas individuais, nas instituições, com um tempo médio de 60 minutos cada. Antes do início das entrevistas os participantes recebiam instruções verbais sobre o estudo e sobre os objectivos, sendo-lhes garantida a confidencialidade e anonimato.

### ***Instrumentos***

Os instrumentos utilizados no presente trabalho destinaram-se à avaliação da Saúde Sexual e do Bem-Estar das pessoas com DM, adaptados à população em questão. Foi também inserido um pequeno questionário sócio-demográfico para que algumas informações fossem recolhidas, de forma a estabelecer alguns resultados (por exemplo, a média de idades).

*A Sexuality Knowledge, Experience and Needs Scale for People with Intellectual Disability*<sup>1</sup> (SexKen-ID; McCabe, 1994; tradução de Pinto & Nobre, 2011a), é uma escala desenvolvida para avaliar a sexualidade das pessoas com DM. Avalia as dimensões do conhecimento, da experiência, dos sentimentos e das necessidades numa ampla gama de áreas (13 subescalas). O SexKen-ID está dividido em três entrevistas. A primeira concentra-se nas áreas menos invasivas da sexualidade (Amizade, Namoro e Intimidade, Casamento e Identificação de Partes do Corpo), a segunda aborda aspectos mais particulares da sexualidade (Sexualidade e Educação Sexual, Menstruação, Interação

---

<sup>1</sup> Cf. Anexo 1

Sexual e Métodos Contraceptivos) e a terceira explora as áreas mais pessoais (Gravidez, Aborto e Parto, DST, Masturbação e Homossexualidade). Cada entrevista inclui questões de conhecimento relevantes para as próximas.

O artigo de McCabe (1998) expõe a pontuação da escala: os itens sim/não são pontuados com 1 ou 2; as escalas de resposta de tipo Likert têm uma pontuação de 1 a 5 e as questões abertas sobre o conhecimento são pontuadas com 0, 1 ou 2, dependendo da exactidão da resposta. Alguns itens são categoriais (ex. o que é que costuma fazer com as suas amigas, quando estão juntos?) e não contribuem para a pontuação total, sendo que esta pontuação é obtida para cada dimensão dentro de cada área/subescala.

Quanto às características psicométricas da escala original, parecem ser boas, com valores de teste-reteste compreendidos entre .04 e .96 (grande maioria com resultados estatisticamente significativos). Os valores da consistência interna, *alphas de Cronbach*, estão compreendidos entre .01 e .96. As subescalas que parecem não ser tão confiáveis, no que se refere à consistência interna, são: a Amizade na dimensão das necessidades (.34); o Casamento nas dimensões conhecimento (.41) e sentimentos (.13); a Gravidez, Aborto e Parto na dimensão dos sentimentos (.42) e a Homossexualidade na dimensão dos sentimentos (.01). Estes resultados podem ser atribuídos ao pequeno número de itens (2 a 5 itens) destas dimensões nas respectivas subescalas (McCabe, Cummins & Deeks, 1999). A versão portuguesa do SexKen-ID (Pinto & Nobre, 2011), apresenta valores de consistência interna diferentes em função das dimensões (com valores entre .13 e .91). Os valores das dimensões conhecimento, experiência e sentimentos são mais baixos nalgumas subescalas (ver tabela 1), o que vai ao encontro dos dados do estudo original de McCabe e Colaboradores (1999). A consistência inter-avaliador, na versão portuguesa, indicou correlações estatisticamente significativas ( $p < .01$ ) para todas as dimensões com valores entre .52 e 1.00 (ver tabela 1).

O *Personal Wellbeing Index – Intellectual Disability*<sup>2</sup> (PWI-ID; Cummins & Lau, 2005; tradução de Pinto & Nobre, 2011b) avalia o Bem-Estar nas pessoas com DM ou com outro tipo de comprometimento cognitivo. É constituída por sete itens, cada um corresponde a um domínio do Bem-Estar (padrão de vida, saúde, realização, relações pessoais, segurança pessoal, conexão com a comunidade e a sua própria felicidade). A PWI-ID é uma versão melhorada de uma escala anteriormente utilizada, a Escala Global de

---

<sup>2</sup> Cf. Anexo 2

Qualidade de Vida (ComQol). Existem outras versões do PWI para grupos específicos da população, incluindo a versão para a população geral adulta (PWI-A), para crianças em idade escolar e adolescentes (PWI-SC) e para crianças em idade pré-escolar (PWI-PS). A PWI-ID difere da versão para a população geral adulta (PWI-A) na medida em que incorpora um protocolo de pré-teste para determinar se os entrevistados são capazes de usar a escala de satisfação (escala de tipo Likert, 0-10). Assim sendo, para aqueles que não são capazes de utilizar a escala de tipo Likert, mas que estão aptos para responder ao questionário, utiliza-se uma escala de caras que vai desde muito triste a muito feliz, para reforçar a compreensão. As perguntas sobre a “satisfação” no PWI-A são substituídas pelo termo “felicidade” no PWI-ID. Embora se reconheça que estes dois termos não são equivalentes, eles originam dados semelhantes. A versão ID também usa formulações mais simples e concretas, sendo que uma questão adicional sobre o nível de satisfação com a vida vista como um todo, é também incluída (Cummins & Lau, 2005). Existem numerosas traduções desta escala, incluindo Argelino, Árabe, Chinês (cantonês, mandarim, tibetano), Croata, Holandês, Inglês, Italiano, Japonês, Mexicano, Norueguês, Persa, Russo, Eslovaca e Espanhol (Cummins & Lau, 2005).

Relativamente à cotação os resultados são transformados numa escala de 0-100%. O ponto de corte é 75% (DP=2.5), dentro do intervalo [70-80], relativamente à medida subjectiva do PWI-ID, sendo estes os valores normativos nas populações Ocidentais. (Cummins, Eckersley, Pallant, Van Vugt & Misajon, 2003; Cummins & Lau, 2005).

Quanto às características psicométricas, os dados de consistência interna indicam um *alpha de Cronbach* de .73, considerado aceitável tendo em conta o pequeno número de itens da escala (Cummins, McCabe, Romeo & Gullone, 1994; Chen & Davey, 2009).

A versão portuguesa do PWI-ID (Pinto & Nobre, 2011) apresentou um *alpha de Cronbach* de .57 que, apesar de relativamente baixo, pode ser explicado pelo pequeno número de itens, bem como, pelo facto destes avaliarem áreas muito específicas e diferentes que estão relacionadas com o Bem-Estar.

## **Resultados**

### ***Sexualidade na DM***

De uma forma global, os resultados descritivos das respostas ao SexKen-ID indicaram níveis baixos de conhecimento em todas as subescalas, com destaque para a

Interacção Sexual, Gravidez, Aborto e Parto, Métodos Contraceptivos, DST e Homossexualidade. Os dados apontam, ainda, para valores baixos de experiência, sobretudo na Interacção Sexual e no uso de Métodos Contraceptivos. Prevalecem sentimentos negativos face à sexualidade no geral (sobretudo homossexualidade e masturbação), com excepção da subescala Casamento, em que apresentam sentimentos globalmente positivos. As necessidades mostraram-se elevadas, em especial no Casamento e nas DST (ver tabela 1).

Na subescala das DST verifica-se que 81.4% dos participantes não sabe o que são e não sabem como se contrai; 72.1% refere que podemos ter relações sexuais se pensarmos que temos uma DST, sem perceberem as consequências e os cuidados necessários; 74.4% não sabe o que é a SIDA e 86% não sabe como se contrai.

**Tabela 1.** Conhecimento, Experiência, Sentimentos e Necessidades Sexuais das Pessoas com Deficiência Mental (média, desvios-padrão, consistência interna e consistência inter-avaliador).

Escala SexKen-ID	Nº Itens	Pontuação Mín-Máx	Média	DP	Consistência interna	Consistência inter-avaliador
Amizade						
Conhecimento	1	0-2	0.57	0.61	-	.52**
Experiência	13	5-22	12.00	3.59	.37	-
Sentimentos	4	4-20	10.62	2.86	.65	-
Necessidades	5	5-25	14.57	5.00	.46	-
Namoro e Intimidade						
Conhecimento	2	0-4	0.72	0.68	.21	.70**
Experiência	4	3-9	4.76	1.53	.34	-
Sentimentos	6	4-11	7.27	2.19	.34	-
Necessidades	4	4-20	11.94	4.06	.72	-
Casamento						
Conhecimento	2	0-4	2.24	0.96	.26	.69**
Experiência	0	-	-	-	-	-
Sentimentos	13	6-15	11.63	1.64	.25	-
Necessidades	1	1-5	3.03	1.43	-	-
Identificação de Partes do Corpo						
Conhecimento	21	0-42	32.13	4.56	.75	.98**
Experiência	0	-	-	-	-	-

Sentimentos	0	-	-	-	-	-
Necessidades	0	-	-	-	-	-
Sexualidade e Educação Sexual						
Conhecimento	1	0-2	0.51	0.82	-	.50**
Experiência	7	6-27	10.14	3.68	.64	-
Sentimentos	5	5-25	10.41	2.29	-.29	-
Necessidades	3	3-15	7.16	2.06	.28	-
Menstruação						
Conhecimento	11	0-22	7.12	5.23	.68	.97**
Experiência	2	2-4	3.21	0.62	.13	-
Sentimentos	2	2-10	3.88	2.24	.90	-
Necessidades	1	1-5	2.74	1.42	-	-
Interação Sexual						
Conhecimento	21	0-42	17.49	5.54	.80	.95**
Experiência	15	11-55	16.98	7.53	.77	-
Sentimentos	14	11-55	31.34	6.66	.67	-
Necessidades	2	2-10	4.90	2.65	.77	-
Métodos Contraceptivos						
Conhecimento	9	0-18	5.48	4.87	.88	.97**
Experiência	8	0-11	2.13	3.28	.48	-
Sentimentos	1	1-5	3.01	1.09	-	-
Necessidades	1	1-5	3.05	1.42	-	-
Gravidez, Aborto e Parto						
Conhecimento	15	0-30	16.40	6.17	.80	.97**
Experiência	3	-	-	-	-	-
Sentimentos	4	4-20	11.77	3.28	.47	-
Necessidades	2	2-10	5.91	2.71	.81	-
Doenças Sexualmente Transmissíveis						
Conhecimento	11	0-22	3.12	4.74	.84	.99**
Experiência	2	1-2	1.00	0.00	-	-
Sentimentos	4	4-20	6.74	1.60	.45	-
Necessidades	2	2-10	6.64	1.99	.70	-
Masturbação						
Conhecimento	3	0-6	1.41	1.15	.39	.72**
Experiência	6	4-20	7.56	4.65	.60	-
Sentimentos	6	5-25	12.59	4.47	.58	-
Necessidades	1	1-5	2.49	1.46	-	-
Homossexualidade						

Conhecimento	1	0-2	0.42	0.77	-	1.00**
Experiência	1	1-5	1.03	0.24	-	-
Sentimentos	6	2-20	3.31	2.13	.27	-
Necessidades	2	2-10	3.49	1.82	.35	-

\*\* p <.01

A frequência para os itens da experiência sexual é apresentada na Tabela 2. No geral, a experiência sexual é bastante baixa, excepto nas “Mãos dadas”, em que o mais frequente de suceder nos participantes é “às vezes” (42,2% dos participantes).

Em relação à experiência, “já teve educação sexual”, verifica-se que uma elevada percentagem (93%) nunca teve qualquer tipo de educação sexual, dos quais 100% não são escolarizados, 97.7% têm o 1º ciclo ou inferior, 86.7% com 2º ciclo e 81.3% com o 3º ciclo. Quase 85% dos participantes relata que nunca, ou quase nunca, falaram com a sua família sobre sexualidade.

Os sentimentos, como já referido, são bastante negativos face à sexualidade. Há um desejo por parte dos participantes, 72.1%, em se casarem. A vergonha em falar nas questões sexuais é referida por 68.6%, dos quais 26.7% referem estarem extremamente constrangidos. 68.6% acham que não é correcto masturbarem-se atribuindo a palavra pecado a essa acção.

**Tabela 2.** Frequência das Experiências Sexuais nas Pessoas com Deficiência Mental

Itens	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
Mãos dadas	32.6	4.7	42.2	9.3	9.3
Abraçar	40.7	4.7	36.0	5.8	12.8
Abraçar sem roupa	69.8	3.5	22.1	1.2	3.5
Beijar	44.2	5.8	29.1	8.1	12.2
Relações sexuais	70.9	9.3	16.3	0	3.5
Frequência das relações sexuais	83.7	7.0	5.8	3.5	0
	Não	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
Relações sexuais actualmente	88.4	2.3	7.0	1.2	1.2
	Não	Uma vez	Um par de vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
Experiência sexual com o mesmo sexo	97.7	1.2	1.2	0	0

### Abuso Sexual na DM

As respostas dos participantes com DM perante situações de abuso sexual indicam, de uma forma global, uma baixa capacidade de responder de forma assertiva. O sexo masculino e feminino apresentam respostas muito semelhantes em todas as perguntas, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, quando analisado o Chi Quadrado ( $\chi^2=.61$ ;  $\chi^2=2.83$ ;  $\chi^2=5.31$ ;  $\chi^2=2.59$  todos os  $p>.05$ ), apesar de na questão “O que faria se fosse sexualmente abusado”, ser quase significativo ( $p=.07$ ) (ver tabela 3).

**Tabela 3:** Análise do CHI QUADRADO do conhecimento em relação à temática de abuso sexual para os diferentes sexos, nas pessoas com DM.

Questões sobre conhecimento	Resposta	Masculino		Feminino		CHI QUADRADO	P
		N	%	n	%		
Consegue dizer “não” a alguém que quer beijá-lo/a ou ter relações sexuais	Não	24	49.0	15	40.5	.61	.44
	Sim	25	51.0	22	59.5		
	Não sabe	11	35.5	7	24.1		
Como diz “não”	Resposta acertada	20	64.5	20	69.0	2.83	.24
	Resposta pouco acertada	0	0	2	6.9		
O que faria se fosse sexualmente abusado	Não sabe	38	77.6	20	54.1	5.31	.07
	Agredia-o/dizia a alguém	11	22.4	17	45.9		
Quem deve decidir se tem relações sexuais com alguém	Outro	29	59.1	16	43.2	2.59	.27
	Próprio	20	40.8	21	56.8		

Não obstante, existem diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações literárias sobre o conhecimento do abuso sexual ( $\chi^2=13.03$ ;  $\chi^2=11.07$ ;  $\chi^2=16.01$  todos  $p<.05$ ), sendo que as pessoas com DM sem escolaridade ou com formação inferior ou igual ao 1º ciclo, têm menos conhecimentos e têm respostas menos adequadas e assertivas face ao abuso (ver tabela 4).

**Tabela 4:** Análise do CHI QUADRADO do conhecimento, em relação à temática de abuso sexual, para as diferentes habilitações literárias das pessoas com DM.

Questões sobre conhecimento	Resposta	Sem escolaridade		1ºciclo		2ºciclo		3ºciclo		CHI QUADRADO	P
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Consegue dizer “não” a alguém que quer beija-lo/a ou ter relações sexuais	Não	9	81.8	22	50	4	26.7	4	25.0	11.07	.01
	Sim	2	18.2	22	50	11	73.3	12	75.0		
	Não sabe	4	80.0	10	33.3	2	16.7	2	15.4	9.85	.13
Como diz “não”	Resposta acertada	0	0	1	3.3	1	8.3	0	0		
	Resposta pouco acertada	1	20.0	19	63.3	9	75.0	11	84.6		
O que faria se fosse sexualmente abusado	Não sabe	9	81.8	34	77.3	8	53.3	7	43.8	16.01	.01
	Agredia-o/dizia a alguém	2	18.2	10	22.7	7	46.6	9	56.3		
Quem deve decidir se tem relações sexuais com alguém	Outro	8	72.7	27	61.4	5	33.3	5	31.3	13.03	.04
	Próprio	3	27.3	17	38.6	10	66.7	11	66.8		



### ***Bem-Estar Pessoal na DM***

O Bem-Estar pessoal dos participantes encontra-se ligeiramente abaixo do ponto de corte ( $M=73.10$ ;  $DP=17.16$ ), apesar de estar dentro do intervalo aceitável [70-80], o que significa que os participantes avaliam as suas vidas com um grau razoável de satisfação com a mesma. Tendo em conta que o PWI-ID avalia uma questão mais geral da satisfação com a vida, verificou-se que esta se correlaciona significativamente com as questões mais específicas do Bem-Estar, referidas anteriormente ( $r=.233$ ,  $p<.05$ ).

Em relação aos homens ( $M=75.39$ ;  $DP=15.58$ ) os valores para o Bem-Estar são mais elevados do que para as mulheres ( $M=70.06$ ;  $DP=18.83$ ), sendo estatisticamente significativos,  $t(85) = 39,51$ ,  $p<.001$ . Isto quer dizer que os participantes do sexo masculino têm uma visão das suas vidas mais satisfatória e, consequentemente, maior Bem-Estar do que as mulheres.

### ***Sexualidade e Bem-Estar na DM***

Por forma a avaliar a associação entre os diferentes aspectos da sexualidade e o bem-estar nas pessoas com DM, calculámos correlações entre as subescalas da sexualidade e as dimensões do Bem-Estar. Os resultados não indicaram correlações estatisticamente significativas entre as duas variáveis. Obtivemos apenas um resultado significativo, com um efeito médio entre o conhecimento no Namoro e Intimidade e a dimensão da produtividade do Bem-Estar ( $r=-.30$ ,  $p<.05$ ). No entanto, trata-se de uma correlação negativa, o que significa que quanto maior for o conhecimento na área do Namoro e Intimidade, menor é a satisfação com a produtividade (ver tabela 5).

**Tabela 5.** Correlação entre domínios do Bem-Estar e subescalas da sexualidade para as pessoas com DM (valores após correcção de Bonferroni).

	Namoro e Intimidade				Interacção Sexual		
	Conhecimento	Experiência	Sentimentos	Necessidades	Conhecimento	Experiência	Sentimentos
<i>Bem-Estar Pessoal</i>							
Questões materiais	-.04	.05	-.07	-.17	-.04	-.09	-.16
Saúde	.01	.08	-.03	-.01	-.25	-.21	-.00
Produtividade	-.30*	-.11	-.20	-.12	-.14	.12	.06
Intimidade	-.09	-.22	-.08	.05	-.00	-.04	.06
Segurança	-.06	.02	.08	.03	-.05	-.16	-.03
Lugar na comunidade	.10	-.05	-.07	.09	-.00	.05	-.04
Bem-Estar emocional	.06	-.07	-.00	.06	.03	-.05	.16
Total de Satisfação	-.01	-.02	-.08	-.01	.02	-.07	-.02

\*p<.05;

## Discussão

Os resultados deste estudo demonstram que as pessoas com DM apresentam níveis baixos de conhecimento e experiência sexual, sentimentos negativos face à sexualidade no geral e necessidades sexuais elevadas. Estes resultados corroboram com outros estudos existentes, com o mesmo tipo de população. Para além disso, esses estudos, revelam níveis mais baixos de conhecimentos e experiências sexuais nas pessoas com DM, comparativamente à população em geral e às pessoas com deficiência física (Leutar & Mihokovic, 2007; Cheng & Udry, 2002; McCabe, 1999; McCabe et al., 2000; Isler et al., 2009). Os baixos níveis de conhecimento também foram relacionados com os elevados níveis de abuso sexual (McCabe et al., 1994).

Nas experiências sexuais, 70.9% dos participantes referem que nunca tiveram relações sexuais, o que contrasta com os resultados de McCabe et al. (2000) que apresentam 38,6% das pessoas com deficiência física, sem experiência nas relações sexuais. No entanto, devemos ter em conta o facto das populações serem relativamente diferentes. Já 68.6% das pessoas com DM, acham que não é correcto masturbarem-se, resultado relativamente semelhante ao de Leutar e Mihokovic (2007), com uma percentagem de 50%. Acredita-se que seja possível que os participantes não tenham dado uma resposta sincera quanto à masturbação, devido aos sentimentos negativos que apresentavam e um sentido de respeito e pudor. Nas relações sexuais, apenas 28,6% dos homens e 29.7% das mulheres relataram terem experienciado, o que não vai ao encontro dos resultados de Leutar e Mihokovic (2007) que referem 65% dos homens e 82% das mulheres com DM, que teriam esta experiência.

Os resultados sugerem que a educação sexual não é contemplada para as pessoas com DM. Cerca de 93% dos participantes nunca tiveram educação sexual, número elevado comparativamente ao resultado de 51,7% apresentado por Isler et. al (2009). Os 85% dos participantes que nunca, ou quase nunca, falaram com os seus pais/familiares sobre sexualidade, contrastam com os 46,7% no estudo de Isler e colaboradores (2009).

É importante que não se ignorem estes resultados, por forma a arranjar alternativas para colmatar as lacunas da educação sexual nesta população, sugerindo que se abordem e apliquem os programas de educação sexual que já vão existindo. No entanto, a aplicação de programas adequados são poucos, particularmente em Portugal. Muitos dos participantes sentem que não devem falar neste assunto, sentem-se constrangidos e pouco à

vontade. Coexiste, ainda, uma necessidade de incluir os cuidadores/família nos programas de educação sexual para as pessoas com DM, de modo a normalizar esta temática, a formar e informar e a deixar de se ignorar a existência da sexualidade nesta população, uma vez que prejudica a expressão da sua sexualidade (McCabe, 1999; Lin et al., 2010; Benert, 2010; Kijak, 2010; Swango-Wilson, 2010). A educação sexual é algo que deve envolver a comunidade, a família, a escola e o indivíduo. Não é suficiente que as pessoas com deficiência recebam informações sobre sexualidade, mas é importante que a informação contribua para o aumento dos seus conhecimentos sobre o tema, a curto e a longo prazo, e melhore a sua experiência na interacção sexual (McCabe, 1999).

Não se pode negligenciar os baixos valores encontrados em relação ao desconhecimento e à baixa assertividade na adequação da resposta das pessoas com DM, face a situações de abuso sexual. Estes resultados são partilhados por outros autores (Hancock, 2008; Groce, 2003; McCabe et al., 1994). Não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos quanto aos conhecimentos e à forma como lidariam com abuso. Tal já se verifica em relação às habilitações literárias, apontando a baixa literacia como a que tem piores resultados no que toca ao abuso sexual, ou seja, a baixa literacia pode ser um factor de vulnerabilidade para o abuso sexual, a falta de conhecimentos e a pouca assertividade. Apesar de, mesmo assim, a grande maioria manter respostas inadequadas, isto pode significar que mesmo sem educação sexual formal, a escola pode promover o desenvolvimento de conhecimentos/competências, para que as pessoas com DM saibam lidar com o abuso sexual.

Na medida subjectiva de Bem-Estar os níveis encontram-se um pouco abaixo do ponto de corte e do ideal para esta população, em que os resultados mais pobres são ao nível da saúde, da segurança e no sentido de pertença à comunidade. Estes resultados são partilhados por McCabe et al. (2000), no entanto, para pessoas com deficiência física. Os homens apresentam valores médios dentro do intervalo de normalidade e as mulheres um pouco abaixo.

Não se encontraram associações entre o Bem-Estar e a sexualidade nas pessoas com DM. O mesmo verificou McCabe et al. (2000) com os mesmos instrumentos de avaliação, mas para as pessoas com deficiência física, apesar dos resultados de Giami (1987) e Nosek et al. (1994, cit. por McCabe et al., 2000), também para pessoas com deficiência física, revelarem associações entre estas duas variáveis. Já Janssen et al. (2005), não verificaram

qualquer associação entre a avaliação da QV, que os cuidadores das pessoas com DM fizeram, e o subdomínio da sexualidade, apesar de esta avaliação ser do cuidador e não da própria pessoa com DM, podendo ter enviesado os resultados.

A única associação estatisticamente significativa que se encontrou é negativa, entre o conhecimento no Namoro e Intimidade e a dimensão da produtividade do Bem-Estar, revelando um certo contra-senso. Estes resultados podem dever-se ao SexKen-ID, já que é um instrumento extenso e avalia muitas áreas, que não se cingem às da sexualidade. Para além disso, não sendo um instrumento específico, pode não avaliar de forma clara a sexualidade. Não obstante, o SexKen-ID revela, em várias dimensões da escala, uma fraca consistência interna, com *alphas de Cronbach* bastante baixos, o que pode enviesar os resultados do que se pretendia medir.

Nas subescalas do SexKen-ID que avaliam a sexualidade, não há nenhuma dimensão que estima a satisfação sexual. Esta é uma variável central na maior parte dos estudos que avaliam o Bem-Estar e a Satisfação Sexual na população em geral e, onde se encontram associações significativas. Por isso, a falta desta variável pode ser uma limitação. Outra hipótese centra-se na variabilidade muito baixa na maior parte dos participantes, tornando-se difícil encontrar associações com outras variáveis. Estas conclusões podem sugerir uma reformulação do SexKen-ID, já que é o único instrumento sobre sexualidade para as pessoas com DM, ou na criação de um novo. Isto para, melhor avaliar a sexualidade e as questões da satisfação sexual nesta população e, também, para melhor compreender o real significado da Saúde Sexual no seu Bem-Estar.

É necessário não deixar de referir que, aos parâmetros da sexualidade, pode não ser atribuída importância suficiente por parte das pessoas com DM, de forma a traduzir-se num impacto do seu Bem-Estar. Já que o Bem-Estar e a QV são dimensões subjectivas da pessoa, apesar de noutras populações esse impacto ser evidente. Nesse sentido, seria aliciante perceber o porquê destes resultados, comparativamente ao resto das pessoas.

São apontadas algumas limitações a este estudo: a primeira foca-se precisamente no SexKen-ID, já que uma parte das dimensões desta escala têm *alphas de Cronbach* baixos, pondo em causa a consistência interna do instrumento, apesar da justificação válida do pequeno número de itens; a segunda centra-se na inexistência de instrumentos validados sobre esta temática em Portugal, nem mesmo noutra parte do mundo. Optou-se por este

instrumento apesar de poder não avaliar de forma mais adequada as variáveis da satisfação sexual. Teria sido útil incluir uma amostra comparativa de população normal.

A escassez de estudos nesta área revela a importância de qualquer avanço neste sentido, para que possamos compreender melhor a pessoa com DM e adaptarmos formas para melhorar a sua QV e Bem-Estar. Realçando essa importância, Groce (2003) diz que a escassez dos trabalhos sobre a sexualidade das pessoas com DM, apesar da importância deste debate, permite-nos questionar se este facto não se deve ao tema ser ainda revestido de preconceitos pela sociedade. A propósito da sexualidade e do Bem-Estar, Hull (2008) refere que, as pessoas incapazes de alcançar desejos e prazeres sexuais devido a uma deficiência, experimentam uma perda de bem-estar que pode ser extremamente angustiante.

Falar de sexualidade não é sinónimo de fomentar a prática sexual, mas antes de a normalizar entre as pessoas com deficiência, de as libertar de tabus, informar e prevenir situações nefastas para a saúde física e psicológica, abrindo portas para um maior Bem-Estar. Mais estudos são necessários nesta área para explorar e clarificar, futuramente, alguns aspectos deste estudo.

## Referências Bibliográficas

- American Association on Mental Retardation [AAMR]. (2002). *Mental retardation: definition, classification and systems of supports*. Washington, DC: AAMR.
- American Psychiatric Association [APA]. (2006). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ªEd.). Lisboa: Climepsi.
- Bastos, O. M. & Deslandes, S. F. (2005). Sexualidade e o adolescente com deficiência mental: uma revisão bibliográfica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(2), 389-397. doi: 10.1590/S1413-81232005000200017
- Bernert, D. J. (2011). Sexuality and Disability in the Lives of Women with Intellectual Disabilities. *Sexuality and Disability*, 29(2), 129-141. doi: 10.1007/s11195-010-9190-4
- Centro de Reabilitação Profissional de Gaia [CRPG] & Instituto Superior de Ciências do Trabalho [ISCTE] (2007). *Mais Qualidade de Vida para as Pessoas com Deficiências e Incapacidades: Uma estratégia para Portugal*. Vila Nova de Gaia: CRPG.
- Chen, Z. & Davey, G. (2009). Subjective Quality of Life in Zhuhai City, South China: A Public Survey Using the International Wellbeing Index. *Social Indicators Research*, 91, 243-258. doi: 10.1007/s11205-008-9280-1
- Cheng, M. M. & Udry, J. R. (2002). Sexual Behaviors of Physically Disabled Adolescents in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 31(1), 48-58. doi:10.1016/S1054-139X(01)00400-1
- Cummins, R. A. & Lau, A. L. D. (2005). *Personal Wellbeing Index – Intellectual Disability* (3ª. Ed). Victoria: School of Psychology, Deakin University. Retirado de <http://www.deakin.edu.au/research/acqol/instruments/wellbeing-index/>.
- Cummins, R. A., Eckersley, R., Pallant, Van Vugt, J. & Misajon, R. (2003). Developing a National Index of Subjective Wellbeing: The Australian Unity Wellbeing Index. *Social Indicators Research*, 64(2), 159-190. doi: 10.1023/A:1024704320683
- Cummins, R. A., McCabe, M. P., Romeo, Y. & Gullone, E. (1994). The comprehensive quality of life scale: Instrument development and psychometric evaluation on tertiary staff and students. *Educational and Psychological Measurement*, 54, 372-382. doi:10.1177/0013164494054002011

- Giami, A. (1987). A comparison of the physically disabled and the mentally retarded. *International Journal of Rehabilitation Research*, 10(1), 41-48. doi: 10.1097/00004356-198703000-00004
- Glat, R. (1992). A Sexualidade da Pessoa com Deficiência Mental. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 65-74. Retirado de [http://www.abpee.net/homepageabpee04\\_06/artigos\\_em\\_pdf/revista1numero1pdf/r1\\_art06.pdf](http://www.abpee.net/homepageabpee04_06/artigos_em_pdf/revista1numero1pdf/r1_art06.pdf).
- Groce, N. E. (2003). HIV/AIDS and people with disability. *The Lancet*, 361, 1401-1402. Retirado de [http://content.ebscohost.com/pdf13\\_15/pdf/2003/LAN/26Apr03/9599899.pdf?T=P&P=AN&K=9599899&EbscoContent=dGJyMNLe80Sepri4zOX0OLCmr0iep7dSrqq4TLGWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkiuqLdIuePfgeyx%2BEu3q64A&D=bth](http://content.ebscohost.com/pdf13_15/pdf/2003/LAN/26Apr03/9599899.pdf?T=P&P=AN&K=9599899&EbscoContent=dGJyMNLe80Sepri4zOX0OLCmr0iep7dSrqq4TLGWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkiuqLdIuePfgeyx%2BEu3q64A&D=bth).
- Hancock, J. H. (2009). Interweaving Conceptualizations of Gender and Disability in the Context of Vulnerability to HIV/AIDS in KwaZulu-Natal, South Africa. *Sexuality and Disability*, 27, 35-47. doi: 10.1007/s11195-008-9105-9
- Haybron, D. (2007). Life Satisfaction, Ethical Reflection, and the science of Happiness. *Journal of Happiness Studies*, 8, 99-138. doi: 10.1007/s10902-006-9006-5
- Hull, T. H. (2008). Sexual Pleasure and Wellbeing. *International Journal of Sexual Health*, 20(1), 133-145. doi: 10.1080/19317610802157234
- Isler, A., Tas, F., Beytut, D. & Conk, Z. (2009). Sexuality in Adolescents with Intellectual Disabilities. *Sexuality and Disability*, 27, 27-34. doi: 10.1007/s11195-009-9107-2
- Janssen, C. G. C., Schuengel, C. & Stolk, J. (2005). Perspectives on quality of life of people with intellectual disabilities: The interpretation of discrepancies between clients and caregivers. *Quality of Life Research*, 14(1), 57-69. doi: 10.1007/s11136-004-1692-z
- Kedde, H. M. A. & Van Berlo, W. M. A. (2006). Sexual Satisfaction and Sexual Self Images of People with Physical Disabilities in the Netherlands. *Sexuality and Disability*, 24(1). doi: 10.1007/s11195-005-9003-3
- Kijak, R. J. (2010). A Desire for Love: Considerations on Sexuality and Sexual Education of People With Intellectual Disability in Poland. *Sexuality and Disability*, 29(1), 65-74. doi: 10.1007/s11195-010-9184-2



- Leutar, Z. & Mihokovic, M. (2007) Level of Knowledge about Sexuality of People with Mental Disabilities. *Sexuality and Disability*, 25, 93–109. doi: 10.1007/s11195-007-9046-8
- Lin, L. P., Lin, P. Y., Chu, C. M. & Lin, J. D. (2010). Predictors of caregiver supportive behaviors towards reproductive health care for women with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 824-829. doi: 10.1016/j.ridd.2010.10.015
- Lofgren-Martenson, L. (2004). “May I?” About Sexuality and Love in the New Generation with Intellectual Disabilities. *Sexuality and Disability*, 22(3), 197-207. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1023/B:SEDI.0000039062.73691.cb>.
- Maia, A. C. B. & Camossa, D. M. (2003). Relatos de jovens deficientes mentais sobre a sexualidade através de diferentes estratégias. *Paidéia*, 12(24), 205-214. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v12n24/09.pdf>.
- Mansson, M., Norstrom, K., Holte, J., Landin-Wilhelmsen, K., Dahlgren, E. & Landén, M. (2011). Sexuality and psychological wellbeing in women with polycystic ovary syndrome compared with healthy controls. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 155(2), 161-165. doi: 10.1016/j.ejogrb.2010.12.012
- McCabe, M. P. (1994). *Sexual Knowledge, Experience and Needs Scale [SEX KEN]* (4ª.Ed). Deakin University – Burwood Campus: School of Psychology.
- McCabe, M. P. (1998). Sexual Knowledge, Experience and Needs Scale. In C. M. Davis, W. L. Yarber, G. Schreer, R. Bauserman & S. L. Davis. *Handbook of Sexuality-Related Measures* (pp. 443-444). California: SAGE Publications.
- McCabe, M. P. (1999). Sexual Knowledge, Experience and Feelings Among People with Disability. *Sexuality and Disability*, 17(2). doi: 10.1023/A:1021476418440
- McCabe, M. P., Cummins, R. A. & Deeks, A. A. (1999). Construction and Psychometric Properties of Sexuality Scales: Sex Knowledge, Experience, and Needs Scales for People with Intellectual Disabilities (SexKen-ID), People with Physical Disabilities (SexKen-PD), and the General Population (SexKen-GP). *Research in Developmental Disabilities*, 20(4), 241-254. doi: 10.1016/S0891-4222(99)00007-4

- McCabe, M. P., Cummins, R. A. & Deeks, A. A. (2000). Sexualit and Quality of Life Among People with Psysical Disability. *Sexuality and Disability*, 18(2), 115-123. doi: 10.1023/A:1005562813603
- McCabe, M. P., Cummins, R. A. & Reid, S. B. (1994). An Empirical Study of the Sexual Abuse of People with Intellectual Disability. *Sexuality and Disability*, 12(4), 297-306. doi: 10.1007/BF02575321
- Morato, P. P. (1995). *Deficiência mental e aprendizagem*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Pinto, J. & Nobre, P. (2011a). *Escala de Conhecimentos, Experiências, Sentimentos e Necessidades Sexuais para Pessoas com Deficiência Mental*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Pinto, J. & Nobre, P. (2011b). *Índice de Bem-Estar Pessoal – Deficiência Mental*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Sandfort, T. G. M. & Ehrhardt, A. A. (2004). Sexual Health: A Useful Public Health Paradigm or a Moral Imperative?. *Archives of Sexual Behavior*, 33(39), 181–187. doi: 10.1023/B:ASEB.0000026618.16408.e0
- Servais, L. (2006). Sexual Health Care in Persons with Intellectual Disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12, 48-56. doi: 10.1002/mrdd.20093
- Surís, J. C., Resnick, M. D., Cassuto, N. & Blum, R. (1996). Sexual Behavior and Disability of Adolescents With Chronic Disease. *Journal of Adolescent Health*, 19, 124-131. doi: 10.1016/1054-139X(95)00282-W
- Swango-Wilson, A. (2010). Meaningful Sex Education Programs for Individuals with Intellectual/Developmental Disabilities. *Sexuality and Disability*, 29(2), 113-118. doi: 10.1007/s11195-010-9168-2
- Taylor, B. & Davis, S. (2007). The Extended PLISSIT Model for Addressing the Sexual Wellbeing of Individuals with an Acquired Disability or Chronic Illness. *Sexuality and Disability*, 25, 135–139. doi: 10.1007/s11195-007-9044-x
- Tepper, M. S. (2000). Sexuality and Disability: The Missing Discourse of Pleasure. *Sexuality and Disability*, 18(4), 283-290. doi: 10.1023/A:1005698311392

- Van Bourgondiera, M. E., Reichle, N. C. & Palmer, A. (1997). Sexual Behavior in Adults with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27(2), 113-125. doi: 10.1023/A:1025883622452
- Walters, A. S. & Williamson, G. M. (1998). Sexual Satisfaction Predicts Quality of Life: A Study of Adult Amputees. *Sexuality and Disability*, 16(2), 103-115. doi: 10.1023/A:1023028025712
- WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.

**Anexo 1**

**Escala de Conhecimentos, Experiências e  
Necessidades Sexuais para Pessoas com Deficiência  
Mental**

**SEX KEN – ID**

**1994 – Quarta Edição**

**Marita P. McCabe Ph.D, F.A.Ps.S.**

**Escola de Psicologia**

**Deakin University – Burwood Campus**

SEX KEN – ID Translated to Portuguese (Portugal) by Joana Pinto  
joanapinto1988@hotmail.com, with orientation of Prof. Doutor Pedro Nobre. Janeiro 2011

O SEX KEN-ID foi desenvolvido para avaliar a sexualidade das pessoas com deficiência mental. Avalia os conhecimentos, as experiências, os sentimentos e necessidades das pessoas com deficiência mental numa ampla gama de áreas. O SEX KEN-ID é realizado por três entrevistas. A primeira entrevista concentra-se nas áreas menos invasivas da sexualidade, a segunda aborda aspectos mais particulares da sexualidade e a terceira explora as áreas mais pessoais. As entrevistas estão organizadas em 12 subsecções (cada entrevista abrange 4 subsecções), que contêm questões sobre os conhecimentos, as experiências, os sentimentos e necessidades que necessitam ser avaliadas dentro de cada subsecção. A entrevista 1 abrange as áreas da Amizade, Namoro e Intimidade, Casamento e Identificação de Partes do Corpo. A entrevista 2 abrange a Sexualidade e a Educação Sexual, a Menstruação, a Interação Sexual e os Métodos Contraceptivos. Por fim, a entrevista 3 abrange as áreas da Gravidez, Aborto e Parto, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Masturbação e Homossexualidade. O consentimento informado é solicitado no início de cada subsecção.

A primeira entrevista inclui questões de conhecimento relevantes para a segunda entrevista. Este procedimento identifica se os entrevistados têm conhecimentos suficientes sobre as áreas da sexualidade para prosseguirem para a segunda entrevista. Somente aquelas subsecções para as quais existe um nível adequado de compreensão, serão concluídas na segunda entrevista. Da mesma forma, a segunda entrevista explora o conhecimento necessário para a terceira, sendo que um idêntico procedimento será seguido em relação às subsecções abrangidas na terceira entrevista.

Uma forma paralela da medida (Sex Ken) é utilizada para pessoas que não têm deficiência mental.

## ÍNDICE

Amizade: Questões 1.0 – 1.22	K:	1
	E:	13
	F:	4
	N:	5
Namoro e Intimidade: Questões 2.0 – 2.15	K:	2
	E:	4
	F:	6
	N:	4
Casamento: Questões 3.0 – 3.15	K:	2
	E:	0
	F:	13
	N:	1
Identificação de Partes do Corpo: Questões 4.0 – 4.20	K:	21
	E:	0
	F:	0
	N:	0
Sexualidade e Educação Sexual: Questões 5.0 – 5.15	K:	1
	E:	7
	F:	5
	N:	3
Menstruação: Questões 6.0 – 6.15	K:	11
	E:	2
	F:	2
	N:	1
Interacção Sexual: Questões 7.0 – 7.51	K:	21
	E:	15
	F:	14
	N:	2
Métodos Contraceptivos: Questões 8.0 – 8.17	K:	9
	E:	8
	F:	1

	N:	1
Gravidez, Aborto e Parto: Questões 9.0 – 9.23	K:	15
	E:	3
	F:	4
	N:	2
Doenças Sexualmente Transmissíveis: Questões 10.0 – 10.18	K:	11
	E:	2
	F:	4
	N:	2
Masturbação: Questões 11.0 – 11.15	K:	3
	E:	6
	F:	6
	N:	1
Homossexualidade: Questões 12.0 – 12.9	K:	1
	E:	1
	F:	6
	N:	2
Sentimentos em relação às questões		

## **SECÇÃO DE FIGURAS: FIGURAS 1-15**

K = Conhecimento; E = Experiência; F = Sentimentos e Atitudes; N = Necessidade.

Antes de começar a entrevista, por favor responda às seguintes questões referentes a si.

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos. 2. Género: masculino/feminino 3. Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

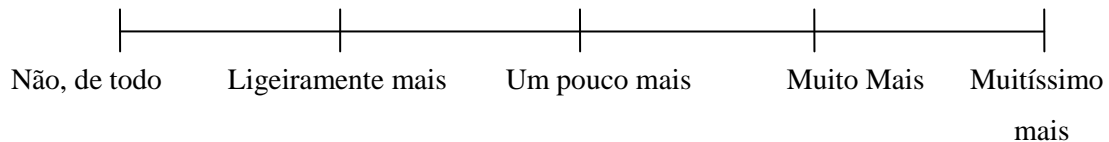
## AMIZADE

### Instruções

Esta secção pede informações sobre a amizade. Algumas questões requerem que escreva as suas respostas, e outras pedem que coloque um X na linha para indicar como se sente.

1.0 K O que é a amizade?

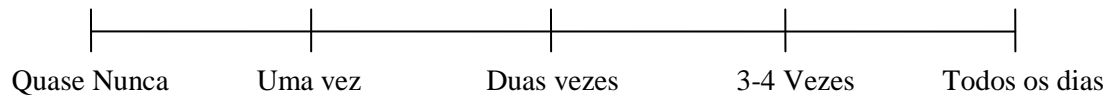
1.1 N Gostaria de ter mais amigas do sexo feminino?



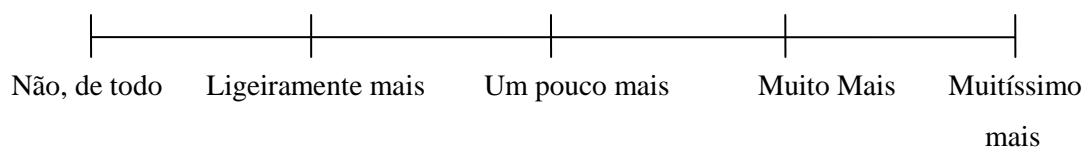
1.2 E Quantas amigas (do sexo feminino) íntimas tem?  
\_\_\_\_\_ (número)

*Se nenhuma, vá para 1.8*

1.3 E Quantas vezes por semana em média passa tempo com as suas amigas (do sexo feminino)?

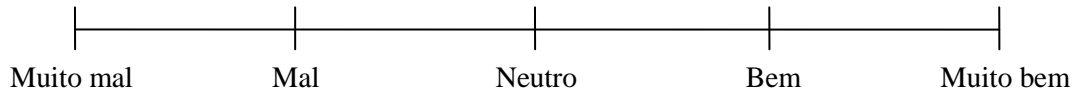


1.4 N Gostaria de poder passar mais tempo com as suas amigas?





1.5 F No geral, como se sente em relação às suas amigas?



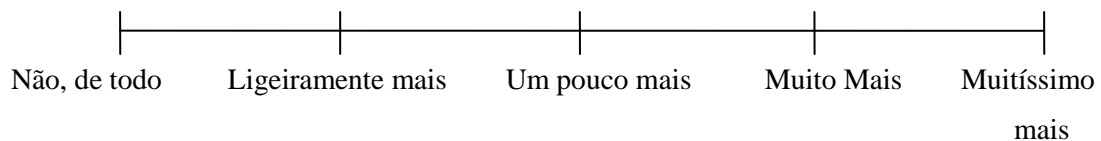
1.6 E Sobre o que é que costuma falar com a (s) sua (s) amiga (s)?

- \_\_\_\_ trabalho/escola
- \_\_\_\_ pessoas que conhecem
- \_\_\_\_ problemas
- \_\_\_\_ passatempos
- \_\_\_\_ nossas famílias
- \_\_\_\_ desporto
- \_\_\_\_ sexo
- \_\_\_\_ outro (por favor especifique)

1.7 E O que é que costuma fazer com as suas amigas, quando estão juntos?

- \_\_\_\_ ver televisão
- \_\_\_\_ praticar desporto
- \_\_\_\_ sair
- \_\_\_\_ conversar
- \_\_\_\_ abraçar e beijar
- \_\_\_\_ outro (por favor especifique)

1.8 N Gostaria de ter mais amigos do sexo masculino?

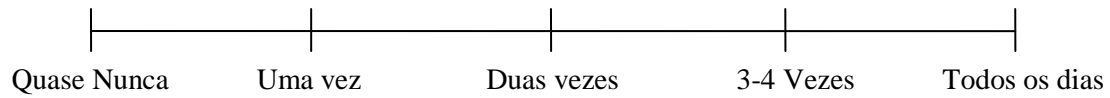


1.9 E Quantos amigos próximos do sexo masculino tem?

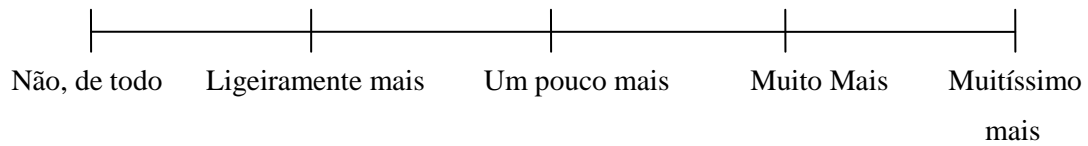
\_\_\_\_\_ (número)

*Se nenhum, vá para 1.8*

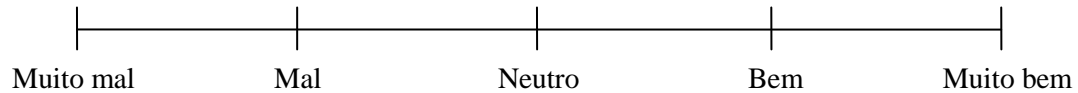
1.10 E Quantas vezes por semana em média passa tempo com os seus amigos (do sexo masculino)?



1.11 N Gostaria de poder passar mais tempo com os seus amigos?



1.12 F No geral, como se sente em relação aos seus amigos?



1.13 E Sobre o que é que costuma falar com o (s) seu (s) amigo (s)?

- \_\_\_ trabalho/escola
- \_\_\_ pessoas que conhecem
- \_\_\_ problemas
- \_\_\_ passatempos
- \_\_\_ vossas famílias
- \_\_\_ desporto
- \_\_\_ sexo
- \_\_\_ outro (por favor especifique)

1.14 E O que é que costuma fazer com os seus amigos, quando estão juntos?

- \_\_\_ ver televisão
- \_\_\_ praticar desporto
- \_\_\_ sair
- \_\_\_ conversar
- \_\_\_ abraçam-se e beijam-se
- \_\_\_ outro (por favor especifique)

1.15 E Tem namorado, namorada ou um companheiro especial?

\_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

*Se não, vá para 1.21*

1.16 E Essa pessoa é do sexo feminino ou masculino?

\_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Feminino

1.17 E Aproximadamente, há quanto tempo está com ele/a?

1.18 E Em média numa semana, quantas vezes vê essa pessoa?

|-----|-----|-----|-----|  
Quase Nunca Uma vez Duas vezes 3-4 Vezes Todos os dias

1.19 N Quantas vezes gostaria de ver essa pessoa?

|-----|-----|-----|-----|  
Quase Nunca Uma vez Duas vezes 3-4 Vezes Todos os dias

1.20 F Como é que se sente em relação ao seu relacionamento com essa pessoa?

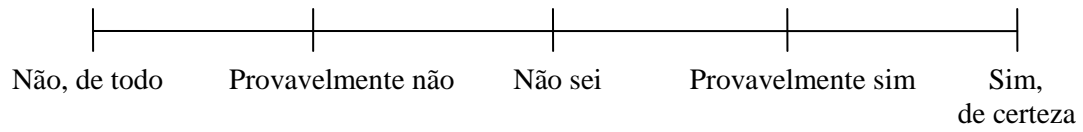
|-----|-----|-----|-----|  
Muito mal Mal Neutro Bem Muito bem

*Agora vá para Namoro e Intimidade*

1.21 E Quando foi a última vez que teve um namorado/a ou um companheiro/a?



1.22 F Gostaria de ter um namorado/a ou um companheiro/a?



Itens: 23

K: 1

E: 13

F: 4

N: 5

(Sem imagens)

## NAMORO E INTIMIDADE

### Instruções

Esta secção pede informações sobre namoro e intimidade. Algumas questões pedem que escreva as suas respostas e outras requerem que coloque um X na linha para indicar como se sente.

2.0 K O que é um namoro?

2.1 N Gostaria de saber mais acerca de namorar?

Não, de todo	Ligeiramente mais	Um pouco mais	Muito Mais	Muitíssimo mais

2.2 E Já alguma vez teve um encontro, ou saiu com um/a namorado/a?

\_\_\_\_\_ Sim                      \_\_\_\_\_ Não

*Se não, vá para 2.4; se sim, continue:*

2.3 E O que fizeram?

- \_\_\_\_\_ desenhos
- \_\_\_\_\_ jantaram
- \_\_\_\_\_ foram à praia
- \_\_\_\_\_ foram andar a pé
- \_\_\_\_\_ foram a uma festa
- \_\_\_\_\_ dançaram
- \_\_\_\_\_ fazer sexo
- \_\_\_\_\_ outro (por favor especifique)

2.4 F Acha que gostaria de sair com um namorado/a/companheiro/a?

Não, de todo	Ligeiramente mais	Um pouco mais	Muito Mais	Muitíssimo mais

2.5 F Existe alguém com quem gostaria de sair?

\_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

*Se não, vá para 2.7; se sim, continue:*

2.6 F O que gostaria de fazer com essa pessoa?

\_\_\_\_\_ desenhos

\_\_\_\_\_ jantaram

\_\_\_\_\_ foram à praia

\_\_\_\_\_ foram andar a pé

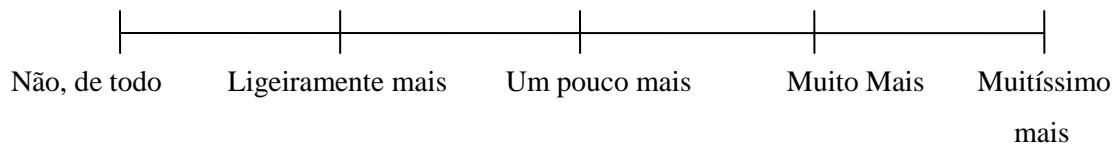
\_\_\_\_\_ foram a uma festa

\_\_\_\_\_ dançaram

\_\_\_\_\_ fizeram sexo

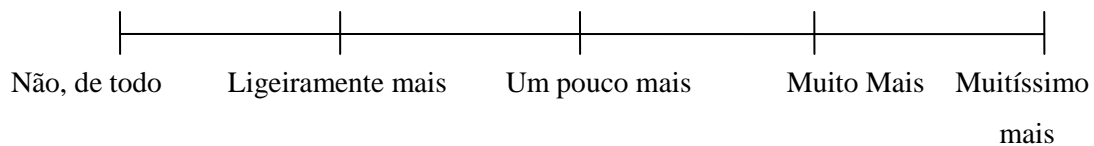
\_\_\_\_\_ outro (por favor especifique)

2.7 N Gostaria de namorar mais?

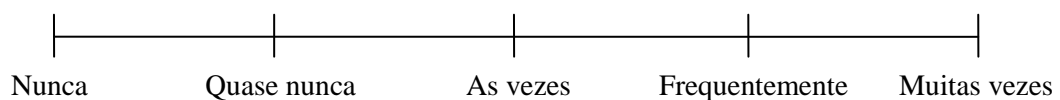


2.8 K O que significa sentir-se próximo de alguém?

2.9 N Gostaria de saber mais acerca de sentir-se próximo das pessoas?



2.10 E Alguma vez se sentiu realmente próximo de alguém?



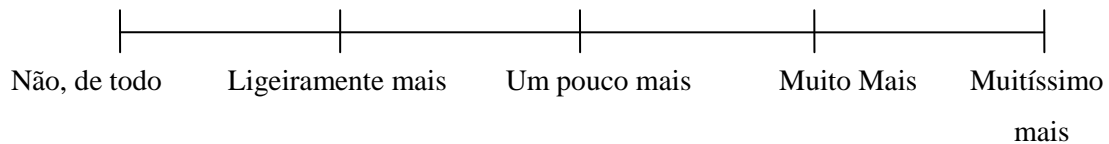
- 2.11 F Conhece alguém que gostasse de estar próximo dele/a, ou não?  
\_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

*Se não, vá para 2.14; se sim, continue:*

- 2.12 F Será que ele/a sabe que se sente assim?  
\_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

- 2.13 F O que é que gostava de fazer com essa pessoa?  
\_\_\_\_\_ sair  
\_\_\_\_\_ conversar  
\_\_\_\_\_ ver televisão  
\_\_\_\_\_ fazer desporto  
\_\_\_\_\_ fazer sexo  
\_\_\_\_\_ outro (por favor especifique)

- 2.14 N Gostaria de estar mais próximo de alguém?



- 2.15 E Já alguma vez esteve apaixonado ou amou alguém?  
\_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

Itens: 16

K: 2

E: 4

F: 6

N: 4

(Sem imagens)

## CASAMENTO

### Instruções

Esta secção pede informações sobre o casamento. Algumas questões pedem que escreva as suas respostas e outras requerem que coloque um X na linha para indicar como se sente.

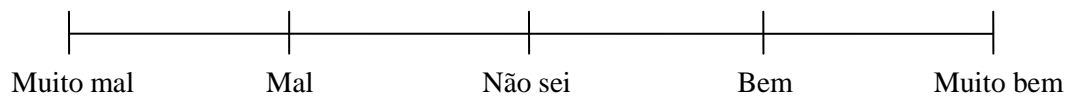
3.0 K O que é o casamento?

**Consulte a secção de figuras no final do Questionário**

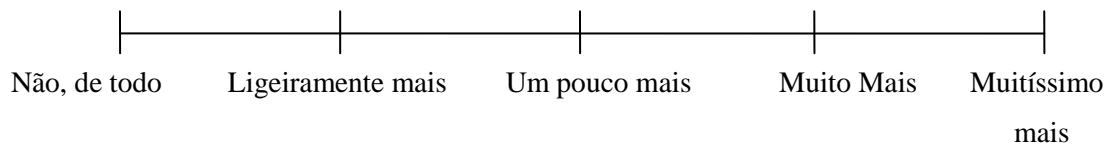
**Ver Figura 1**

3.1 K O que representa esta imagem?

3.2 F Como se sente em relação a casar-se?



3.3 N Gostaria de saber mais acerca do casamento e de ser casado?



3.4 F Quem se casa?

3.5 F Porque é que as pessoas se casam?

3.6 F Todas as pessoas têm que se casar?  
\_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

3.7 F Porquê/porque não?



3.8 F Se as pessoas querem fazer sexo, devem casar-se?  
\_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

3.9 F Porquê/porque não?

3.10 F Se as pessoas querem ter filhos, devem casar-se?  
\_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

3.11 F Porquê/porque não?

3.12 F Se as pessoas se casam, têm de ter um filho?  
\_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

3.13 F Porquê/porque não?

3.14 F Gostava de se casar?  
\_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

3.15 F Porquê/porque não?

Itens: 16

K: 2

E: 0

F: 13

N: 1

(1 imagem)

## IDENTIFICAÇÃO DE PARTES DO CORPO

### Instruções

Esta secção pede informações sobre identificação de partes do corpo. Algumas questões pedem que escreva as suas respostas e outras requerem que coloque um X na linha para indicar como se sente.

4.0 K Qual é a mulher e qual é o homem? Por favor identifique na Figura 2.

4.1a K Qual é o homem e qual é a mulher? Por favor identifique nas Figuras 2 & 3.

### *No sexo masculino:*

4.2a K Identifique os olhos.

b K Para que servem? O que pode fazer com os seus olhos?

4.3a K Identifique o nariz.

b K Para que serve?

4.4a K Identifique a perna.

b K Para que serve?

4.5a K Identifique o umbigo.

4.6a K Identifique as nádegas/ rabo.

b K Para que serve?

4.7a K Identifique os pés.

b K Para que servem?

4.8a K Identifique o pénis.

b K Para que serve?

4.9a K Identifique o peito.

4.10a K Identifique os tornozelos.

*No sexo feminino:*

4.11a K Identifique os braços.

b K Para que servem?

4.12a K Identifique o ombro.

4.13a K Identifique a boca.

b K Para que serve?

4.14a K Identifique as mamas.

b K Para que servem?

4.15a K Identifique o pescoço.

b K Para que serve?

4.16a K Identifique as ancas.

4.17a K Identifique os mamilos.

b K Para que servem?

4.18a K Identifique as mãos.

b K Para que servem?

4.19a K Identifique a vagina.

b K Para que serve?

4.16a K Identifique as costas.

Itens: 21

K: 21

E: 0

F: 0

N: 0

(6 imagens)

## SEXUALIDADE E EDUCAÇÃO SEXUAL

### Instruções

Esta secção pede informações sobre sexualidade e educação sexual. Algumas questões pedem que escreva as suas respostas e outras requerem que coloque um X na linha para indicar como se sente.

5.0 E Já teve educação sexual? Ou seja, alguém lhe deu informações sobre sexualidade?  
\_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

*Se não, vá para 5.5*

5.1 E Quem lhe deu essa informação sobre sexualidade?  
\_\_\_\_\_ pais  
\_\_\_\_\_ irmãos/irmãs  
\_\_\_\_\_ amigos  
\_\_\_\_\_ outro (por favor especifique)

5.2 F Quão útil foi essa educação sexual?

\_\_\_\_\_

De modo nenhum      Um pouco útil      Útil      Muito útil      Extremamente útil

5.3 F Qual a importância da educação sexual para si?

\_\_\_\_\_

Nada importante      Um pouco importante      Importante      Muito importante      Extremamente importante

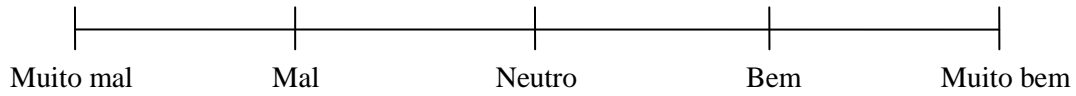
5.4 N Gostava de ter mais educação sexual?

\_\_\_\_\_

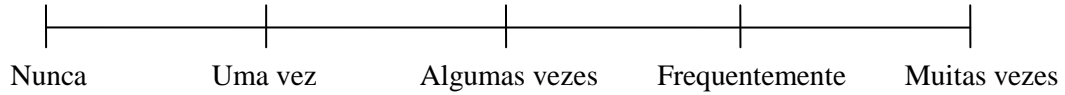
Não, de todo      Ligeiramente mais      Um pouco mais      Muito Mais      MUITÍSSIMO mais

5.5 K O que significa ter relações sexuais?

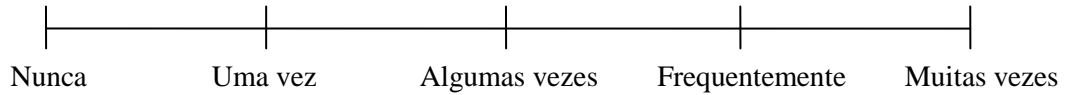
5.6 F Como se sente acerca de ter relações sexuais?



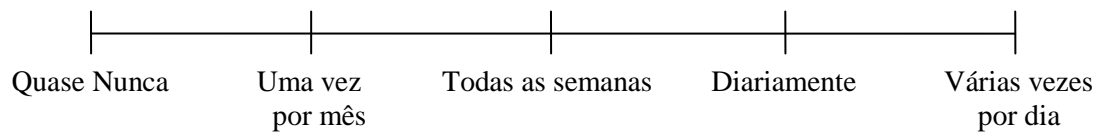
5.7 E Com que frequência fala com a sua família sobre sexualidade?



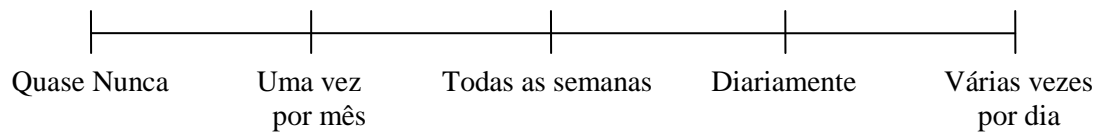
5.8 E Com que frequência fala com os seus amigos sobre sexo?



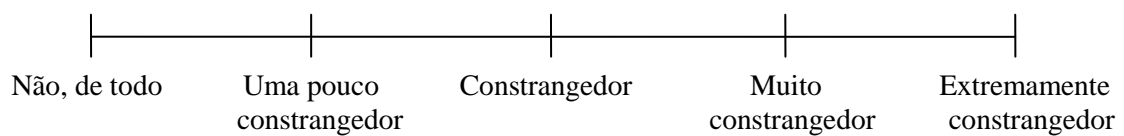
5.9 E Com que frequência pensa em sexo?



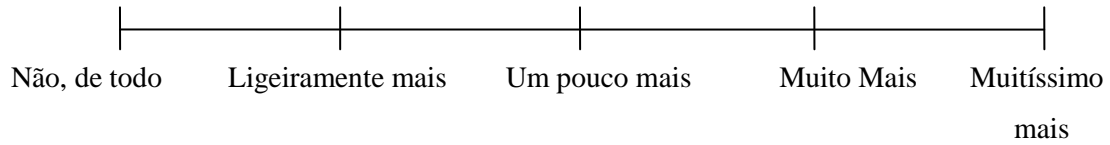
5.10 E Com que frequência gostava de ter relações sexuais?



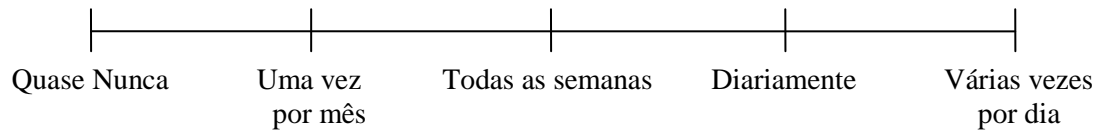
5.11 F É constrangedor falar sobre sexo?



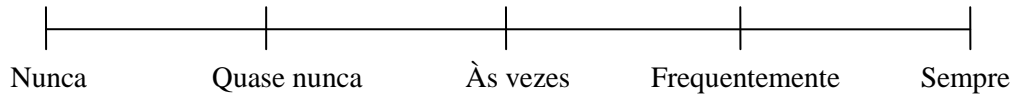
5.12 N Gostaria de saber mais sobre sexualidade?



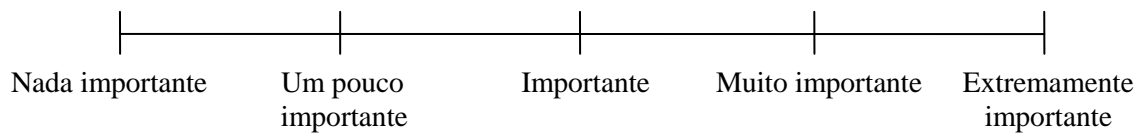
5.13 E Com que frequência tem relações sexuais?



5.14 N Tem privacidade suficiente, onde vive?



5.15 F Qual a importância da privacidade para si?



Itens: 16

K: 1

E: 7

F: 5

N: 3

(sem imagens)

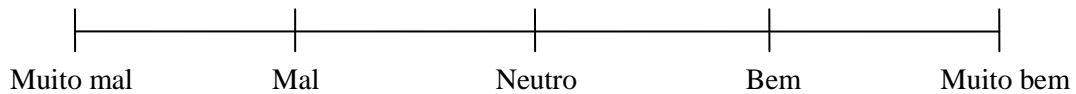
## MENSTRUAÇÃO

### Instruções

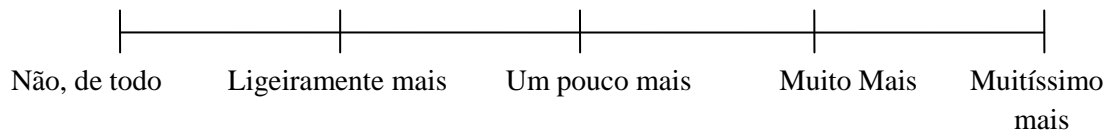
Esta secção pede informações sobre sexo e educação sexual. Algumas questões pedem que escreva as suas respostas e outras requerem que coloque um X na linha para indicar como se sente.

6.0 K O que é a menstruação ou o período?

6.1 F Como se sente em relação à menstruação ou a ter período?



6.2 N Gostaria de saber mais sobre a menstruação ou o período?



6.3 K Porque é que as mulheres têm período?

6.4 K Com que frequência a mulher tem um período?

6.5 K Os homens têm período?

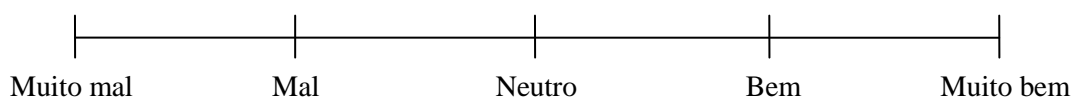
\_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

*(Q. 6.6 – 6.12 só para o sexo feminino)*

6.6 E Tem período?

\_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

6.7 F Como se sente em relação a ter períodos?



- 6.8 E Alguém lhe explicou o que era o período antes de ele ter aparecido?  
\_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_ Ainda não teve um período
- 6.9 K O que faz quando tem um período?  
\_\_\_\_\_ Não tenho períodos
- 6.10 K Sabe quando o seu período vem, ou não?  
\_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_ Não tenho períodos
- 6.11 K O que faria se o seu período não viesse?  
\_\_\_\_\_ Não tenho períodos
- 6.12 K Quando a mulher tem um período, o sangue sai do mesmo sítio que sai a urina ou o xixi?  
\_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

**Ver Figura 5 (Secção das imagens)**

- 6.13 K O que são estas coisas?
- 6.14 K Para que servem?
- 6.15 K Como se usam?

Itens: 16

K: 11

E: 3

F: 2

N: 1

(1 imagem)

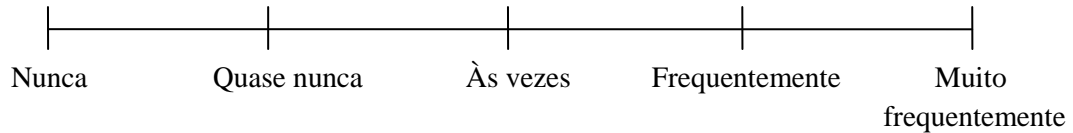


## INTERAÇÃO SEXUAL

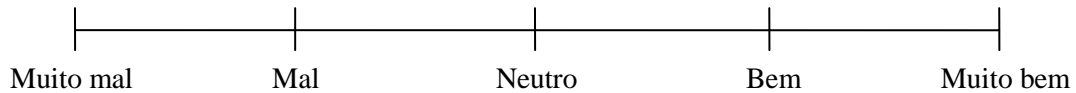
### Instruções

Esta secção pede informações sobre a interacção sexual. Algumas questões pedem que escreva as suas respostas e outras requerem que coloque um X na linha para indicar como se sente.

7.0 E Já alguma vez andou de mãos dadas com alguém?



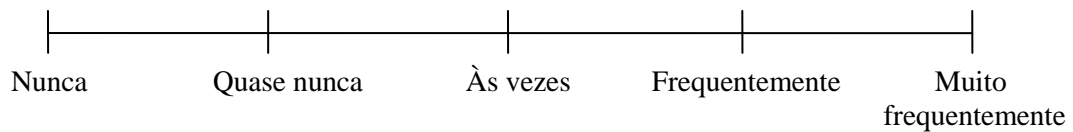
7.1 F Como se sente em relação a andar de mãos dadas?



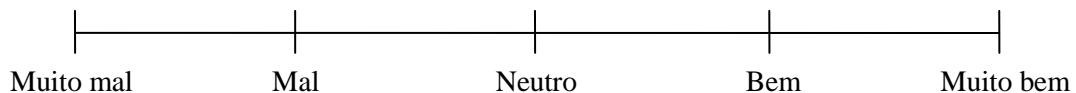
**Ver Figura 6 (Secção das imagens)**

7.2 K O que é isto na imagem? O que estão a fazer?

7.3 E Já abraçou alguém assim?



7.4 F Como se sentia se o/a abraçassem assim?

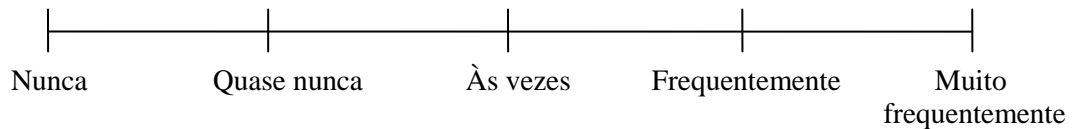


7.5 F Quem gostaria de abraçar assim? (ex. um amigo, familiar, colega de trabalho?)

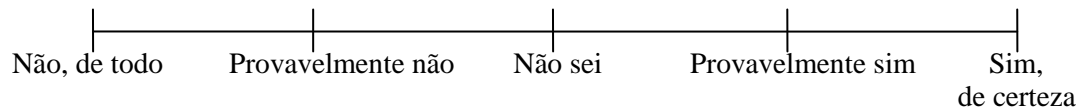
**Ver Figura 7 (Secção das imagens)**

7.6 K O que é isto na imagem? O que estão a fazer?

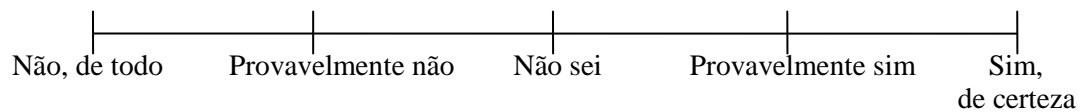
7.7 E Já abraçou alguém assim?



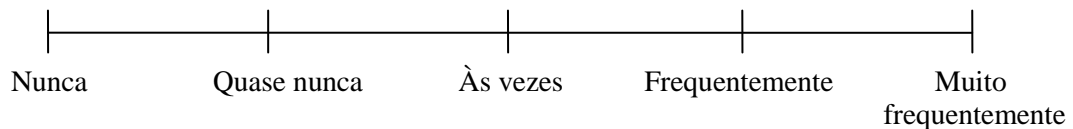
7.8 F Gostaria de abraçar alguém sem roupa?



7.9 F Gostava de ser beijado/a?



7.10 E Já beijou alguém nos lábios?



*Se nunca, vá para 7.12; se outra resposta, continue:*

7.11 E Quem beijou?

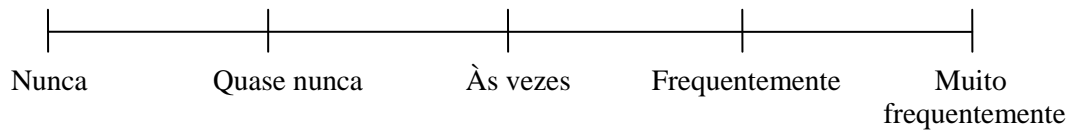
- \_\_\_ namorado
- \_\_\_ namorada
- \_\_\_ parceiro/a
- \_\_\_ amigo/a
- \_\_\_ familiar
- \_\_\_ alguém no trabalho

\_\_\_\_ outro (por favor especifique)

**Ver Figura 8 (Secção das imagens)**

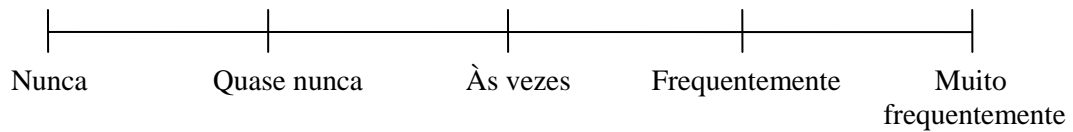
7.12 K O que é isto na imagem? O que estão a fazer?

7.13 E Já beijou alguém na boca de uma forma sexy?

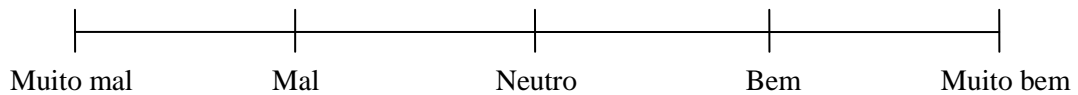


Questões 7.14 – 7.17 só para o sexo feminino

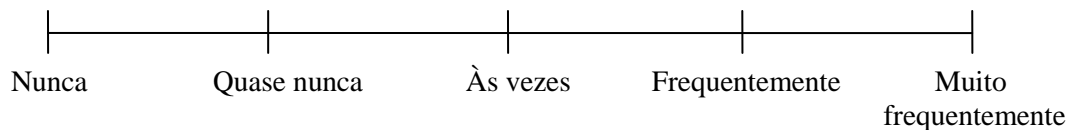
7.14 E Já alguém tocou ou beijou as suas mamas?



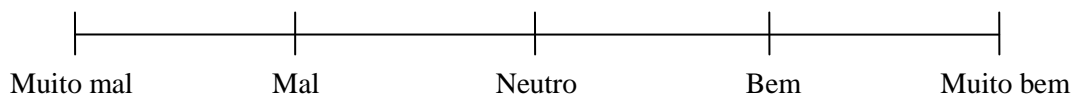
7.15 F Como se sente em relação a tocarem ou beijarem as suas mamas?



7.16 E Já alguém tocou ou beijou a sua vagina?

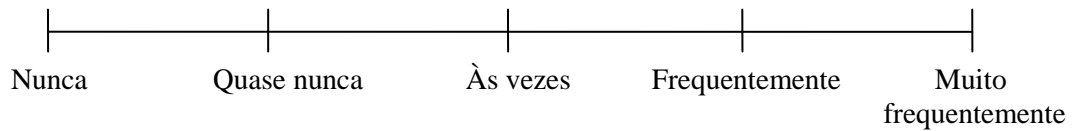


7.17 F Como se sente em relação a tocarem ou beijarem a sua vagina?

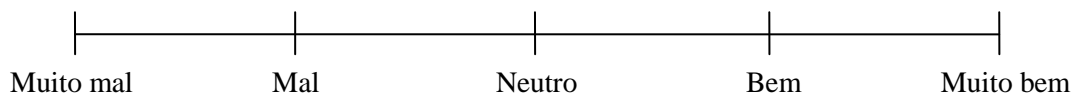


Questões 7.18 – 7.19 só para o sexo masculino

7.18 E Já alguém tocou ou beijou o seu pénis?



7.19 F Como se sente em relação a tocarem ou beijarem o seu pénis?



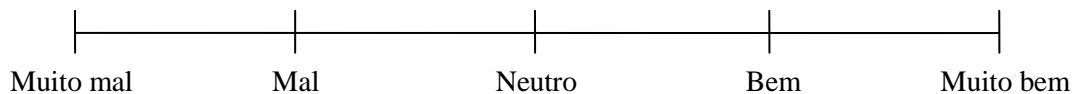
7.20 K O que é uma relação sexual?

**Ver Figura 9 (Secção das imagens)**

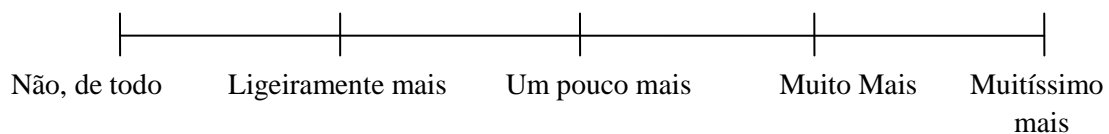
7.21 K O que é isto na imagem? O que estão a fazer?

7.22 E Como gosta de chamar a relação sexual?

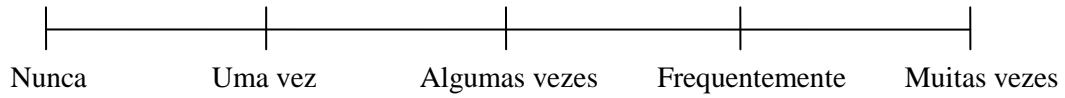
7.23 F Como se sentiria a ter relações sexuais?



7.24 N Necessita de mais informações sobre relações sexuais?



7.25 E Já teve relações sexuais?

  
Nunca                      Uma vez                      Algumas vezes                      Frequentemente                      Muitas vezes

7.26 K O que significa ter um orgasmo ou “vir-se”?

7.27 K Um homem pode ter um orgasmo?

\_\_\_\_\_ Sim                      \_\_\_\_\_ Não

7.28 K Uma mulher pode ter um orgasmo?

\_\_\_\_\_ Sim                      \_\_\_\_\_ Não

7.29 K O que acontece quando um homem tem um orgasmo?

7.30 K O que acontece quando uma mulher tem um orgasmo?

7.31 K O que é a ejaculação?

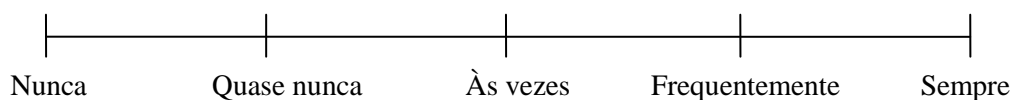
7.32 K Para que serve o sémen/esperma?

*Se não sabe, vá para 7.34; se sabe, continue:*

7.33 K Quanto sémen/esperma é preciso para uma mulher ficar grávida?

*Se não teve relações sexuais (ver questão 7.25), vá para 7.36; caso contrário continue:*

7.34 E Você tem um orgasmo/ejaculação quanto tem relações sexuais?

  
Nunca                      Quase nunca                      Às vezes                      Frequentemente                      Sempre

7.35 E Que posições diferentes já usou para ter relações sexuais?

7.36 E Já praticou sexo anal?

\_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

7.37 F Como se sentiria em relação a praticar sexo anal?

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |  
Muito mal Mal Neutro Bem Muito bem

7.38 F É correcto ter relações sexuais com toda a gente?

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |  
Não, de todo Provavelmente não Não sei Provavelmente sim Sim,  
de certeza

7.39 F Com quem gostaria de ter relações sexuais?

7.40 K Onde faz todas estas coisas?

\_\_\_\_\_ quarto  
\_\_\_\_\_ sala de estar  
\_\_\_\_\_ sala de televisão  
\_\_\_\_\_ casa de banho  
\_\_\_\_\_ em qualquer sítio  
\_\_\_\_\_ outro (por favor especifique)

7.41 K Onde é que as outras pessoas fazem estas coisas?

\_\_\_\_\_ no seu quarto  
\_\_\_\_\_ sala de estar  
\_\_\_\_\_ sala de televisão  
\_\_\_\_\_ casa de banho  
\_\_\_\_\_ em qualquer sítio  
\_\_\_\_\_ outro (por favor especifique)

7.42 K Onde é que é correcto fazer estas coisas?

\_\_\_\_\_ quarto  
\_\_\_\_\_ sala de estar  
\_\_\_\_\_ sala de televisão

\_\_\_\_ casa de banho  
\_\_\_\_ em qualquer sítio  
\_\_\_\_ outro (por favor especifique)

7.43 K O que faria se alguém quisesse beijá-lo/a ou ter relações sexuais consigo e não quisesse?

7.44 K O que farias se alguém o/ beijasse ou tivesse relações sexuais consigo e não quisesse?

7.45 K Consegue dizer “não” a alguém que quer beijá-lo/a ou ter relações sexuais consigo?  
\_\_\_\_ Sim                      \_\_\_\_ Não

7.46 K Como diz “não”? Descreve como faria.

7.47 K Quem deve decidir se você tem relações sexuais com alguém ou não?

7.48 F Se é alguém que não você que deve decidir, porque é que essa pessoa deve decidir?

7.49 N Gostaria de saber mais sobre relações sexuais não desejadas?

\_\_\_\_\_

Não, de todo      Ligeiramente mais      Um pouco mais      Muito Mais      MUITÍSSIMO mais

7.50 E Actualmente mantém contacto sexual com alguém?

\_\_\_\_\_

Não      Ocasionalmente      Às vezes      Frequentemente      Muito frequentemente

7.51 F Acha-se sexualmente atractivo/a?

\_\_\_\_\_

Não, de todo      Provavelmente não      Não sei      Provavelmente sim      Sim, de certeza

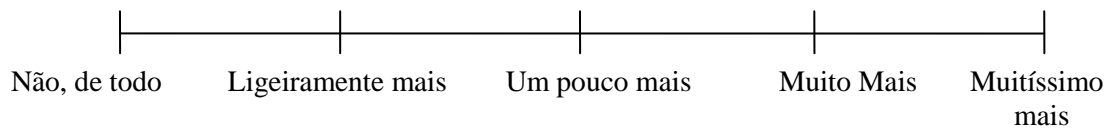
## MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

### Instruções

Esta secção pede informações sobre métodos contraceptivos. Algumas questões pedem que escreva as suas respostas e outras requerem que coloque um X na linha para indicar como se sente.

8.0 K O que são métodos contraceptivos ou controlo da gravidez?

8.1 N Gostaria de saber mais sobre métodos contraceptivos ou controlo da gravidez?



8.2 K O que é um preservativo?

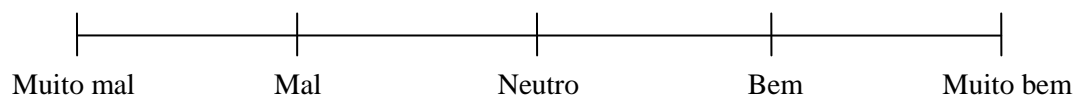
**Ver Figura 10 (Secção das imagens)**

8.3 K O que é isto na imagem?

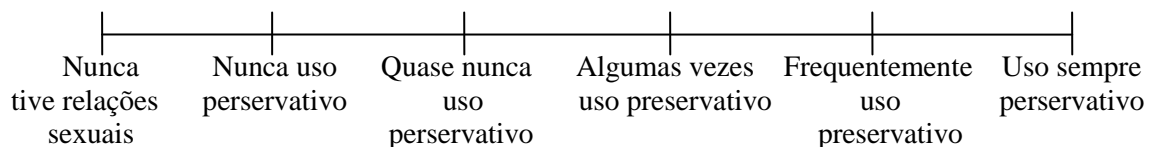
8.4 K Para que serve um preservativo? O que é que ele faz?

8.5 K Descreva como se coloca um preservativo?

8.6 F Como se sente em relação a usar preservativos?



8.7 E Costuma usar preservativo?



*Se nunca, vá para 8.9*



- 8.8 E Quem normalmente lhe fornece o preservativo?  
\_\_\_\_ o próprio  
\_\_\_\_ o/a companheiro/a  
\_\_\_\_ outro (por favor especifique)
- 8.9 K Se quisesse um preservativo, que faria?
- 8.10 K Pode nomear todas as outras coisas que pode usar para controlar uma gravidez?

**Ver Figura 11 (Secção das imagens)**

- 8.11 K O que é isto na imagem?
- 8.12 K Para que são usados?

**Ver Figura 11 (Secção das imagens)**

- 8.13 E Você e o seu parceiro/a usaram algum destes, ou não?  
\_\_\_\_ Sim                      \_\_\_\_ Não

*Se não, vá para 8.15; se sim, continue:*

- 8.14 E Qual deles?

- 8.15 E Já usou outra forma de controlar uma gravidez, que não tenhamos falado?  
\_\_\_\_ Sim                      \_\_\_\_ Não

*Se não, vá para 8.17; se sim, continue:*

- 8.16 E O que usou?  
\_\_\_\_ esterilização  
\_\_\_\_ Depo provera  
\_\_\_\_ coito interrompido  
\_\_\_\_ outro (por favor especifique)

- 8.17 E Actualmente, você e o seu parceiro utilizam algum tipo de controlo da gravidez?  
\_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

*Se não, vá para a secção da Gravidez, Aborto e Parto; se sim, continue:*

- 8.18 E O que estão a usar?  
\_\_\_\_\_ pílula  
\_\_\_\_\_ preservativo  
\_\_\_\_\_ DIU  
\_\_\_\_\_ diafragma  
\_\_\_\_\_ esterelização  
\_\_\_\_\_ Depo provena  
\_\_\_\_\_ coito interrompido  
\_\_\_\_\_ outro (por favor especifique)

Itens: 19

K: 9

E: 8

F: 1

N: 1

(2 imagem)

## GRAVIDEZ, ABORTO E PARTO

### Instruções

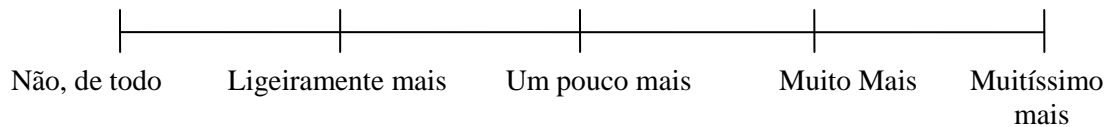
Esta secção pede informações sobre gravidez, aborto e parto. Algumas questões pedem que escreva as suas respostas e outras requerem que coloque um X na linha para indicar como se sente.

9.0 K O que é a gravidez? O que significa estar grávida?

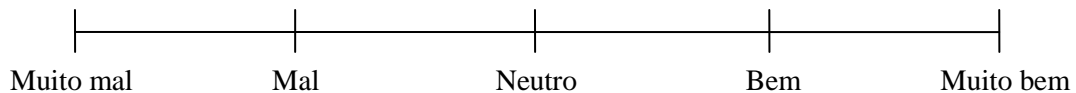
Ver Figura 12 (Secção das imagens)

9.1 K O que é isto na imagem?

9.2 N Gostaria de saber mais sobre a gravidez?



9.3 F Como se sente em relação a engravidar alguém ou a ficar grávida?



9.4 K Como é que uma mulher engravida?

9.5 K Podes ter relações sexuais com uma mulher sem ela ficar grávida?

\_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

9.6 K O que pode fazer para a mulher não ficar grávida?

9.7 K Se a mulher ficar grávida, continua a ter a menstruação/período?

\_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

9.8 K Uma mulher pode ter um bebé sem engravidar?

\_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

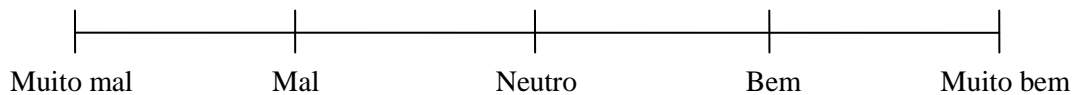
9.9 K Quanto tempo dura uma gravidez? Quanto tempo o bebé fica dentro da barriga da mãe?

9.10 K Como nascem os bebés?

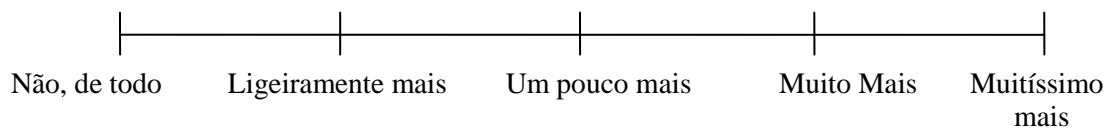
**Ver Figura 13 (Secção das imagens)**

9.11 K O que é isto na imagem? O que está a acontecer?

9.12 F Como se sente em relação ao parto ou em estar presente enquanto a sua parceira tem um bebé?



9.13 N Gostaria de saber mais sobre o parto?



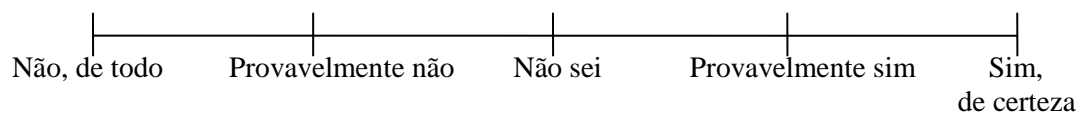
9.14 K Será que o bebé sai pelo mesmo sítio que sai o sangue quando a mulher tem um período?

\_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

9.15 E (*só para o sexo feminino:*) Já alguma vez teve um bebé?

\_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

9.16 F Gostava de ser mãe/pai, ou não?



9.17 K Os homens podem engravidar?

\_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

- 9.18 K As crianças podem engravidar?  
\_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não
- 9.19 E (*só para o sexo feminino:*) Já alguma vez esteve grávida?  
\_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não
- 9.20 K O que faz uma mulher grávida que não quer o bebé?
- 9.21 K O que é um aborto?

*Se não sabe, vá para a secção das Doenças Sexualmente Transmissíveis; se sabe, continue:*

- 9.22 F Como se sentiria acerca de ter um aborto ou a sua companheira ter um aborto?

|-----|-----|-----|-----|-----|  
Muito mal                      Mal                      Neutro                      Bem                      Muito bem

- 9.23 E (*só para o sexo feminino:*) Já alguma vez teve um aborto?  
\_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

Itens: 24

K: 15

E: 3

F: 4

N: 2

(2 imagem)

## DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

### Instruções

Esta secção pede informações sobre doenças sexualmente transmissíveis. Algumas questões pedem que escreva as suas respostas e outras requerem que coloque um X na linha para indicar como se sente.

10.0 K O que é uma doença sexualmente transmissível (DST)?

10.1 N Gostaria de saber mais sobre doenças sexualmente transmissíveis?

\_\_\_\_\_

Não, de todo      Ligeiramente mais      Um pouco mais      Muito Mais      MUITÍSSIMO mais

10.2 K Quantos tipos de doenças sexualmente transmissíveis já ouviu falar? (*detalhe*)

10.3 F Como se sentiria se contraísse uma DST?

\_\_\_\_\_

Muito mal      Mal      Neutro      Bem      Muito bem

10.4 K Como pode contrair uma DST?

10.5 K Como sabe se tem uma DST?

10.6 K Dizia a alguém se tivesse uma DST, ou não?

\_\_\_\_\_ Sim      \_\_\_\_\_ Não

*Se não, vá para 10.8; se sim, continue:*

10.7 K A quem diria?

10.8 K Deveria ter relações sexuais se pensasse que tinha uma DST?

\_\_\_\_\_ Sim      \_\_\_\_\_ Não

10.9 K Porquê/porque não?

10.10 E Já alguma vez teve uma DST?

\_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_ Não

*Se não, vá para 10128; se sim, continue:*

10.11 E O que fez acerca disso?

10.12 F Está preocupado em contrair uma DST?

|-----|  
Não, nem      Ligeiramente      Um pouco      Muito      Extremamente  
um pouco      preocupado      preocupado      preocupado      preocupado  
preocupado

10.13 K O que é a SIDA? O que realmente é?

10.14 K O que lhe acontece se ficar com SIDA?

10.15 N Gostaria de saber mais sobre a SIDA?

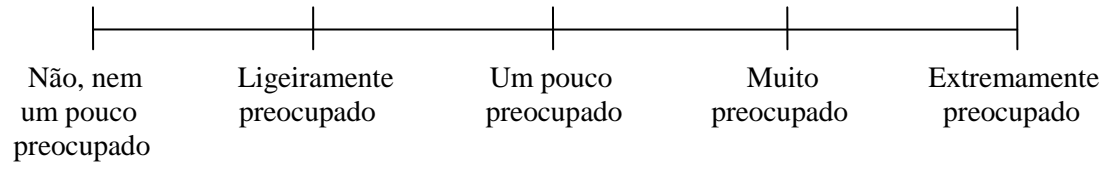
|-----|  
Não, de todo      Ligeiramente mais      Um pouco mais      Muito Mais      MUITÍSSIMO  
mais

10.16 F Como se sentiria se tivesse SIDA?

|-----|  
Muito mal      Mal      Neutro      Bem      Muito bem

10.17 K Qual é a melhor maneira de não contrair SIDA?

10.18 F Está preocupado em ter SIDA?



Itens: 19

K: 11

E: 2

F: 4

N: 2

(sem imagem)



## MASTURBAÇÃO

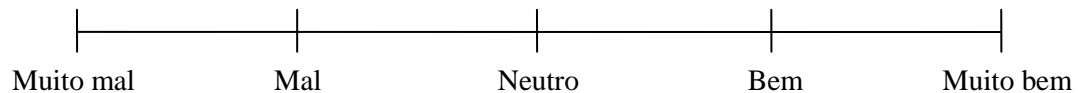
### Instruções

Esta secção pede informações sobre masturbação. Algumas questões pedem que escreva as suas respostas e outras requerem que coloque um X na linha para indicar como se sente.

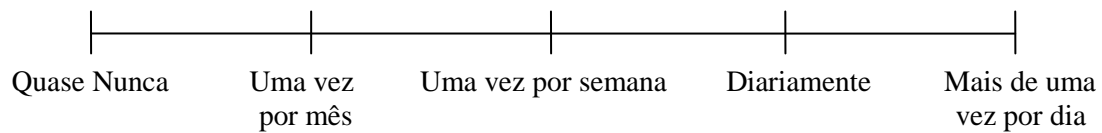
### Ver Figura 14 (Secção das imagens)

11.0 K O que é isto nas imagens? O que estão a fazer?

11.1 F Como se sente em relação a estas coisas?



11.2 E Já alguma vez se tocou assim?

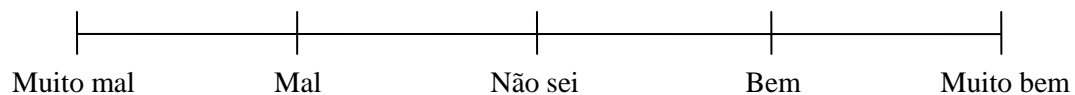


11.3 K O que é a masturbação?

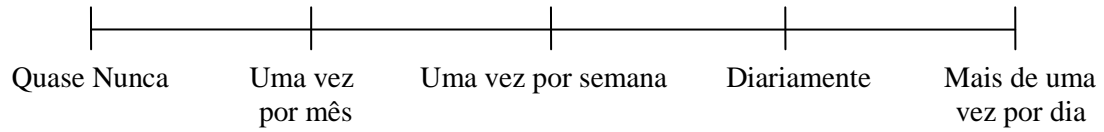
### Ver Figura 15 (Secção das imagens)

11.4 K O que é isto nas imagens? O que estão a fazer?

11.5 F Como se sente em relação a masturbar-se?



11.6 E Com que frequência se masturba?



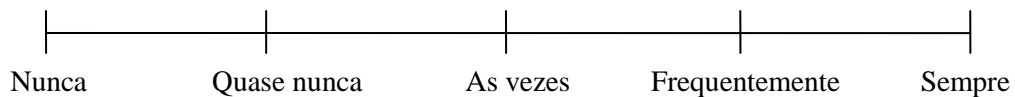
*Se quase nunca, vá para 11.10; se outra resposta, continue:*

11.7 E O que faz quando se masturba?

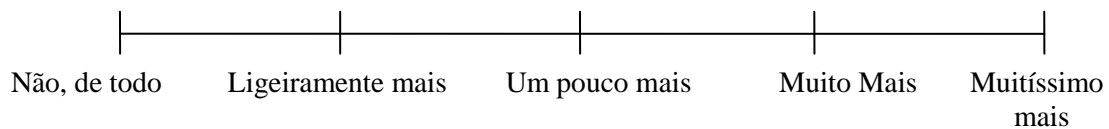
11.8 E Onde se costuma masturbar?

- \_\_\_ quarto
- \_\_\_ sala de estar
- \_\_\_ sala da televisão
- \_\_\_ casa de banho
- \_\_\_ em qualquer sítio
- \_\_\_ outro (por favor especifique)

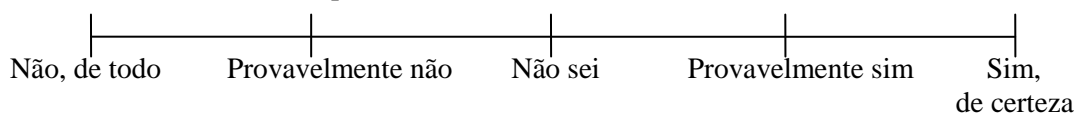
11.9 E Tem um orgasmo ou ejacula quanto se masturba?



11.10 N Gostaria de saber mais sobre masturbação?



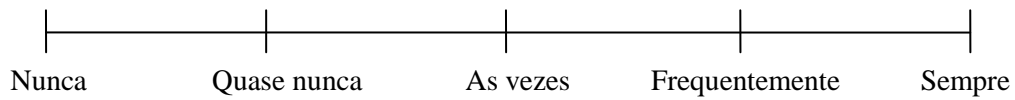
11.11 F É correcto as pessoas masturbarem-se?



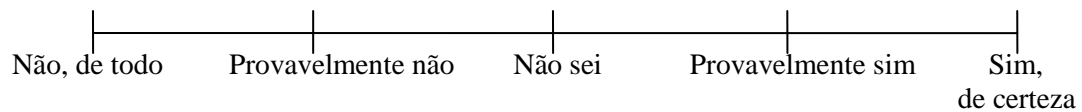
11.12 F Onde é que é correcto as pessoas masturbarem-se?

- \_\_\_\_ seus quartos
- \_\_\_\_ sala de estar
- \_\_\_\_ sala da televisão
- \_\_\_\_ casa de banho
- \_\_\_\_ em qualquer sítio
- \_\_\_\_ outro (por favor especifique)

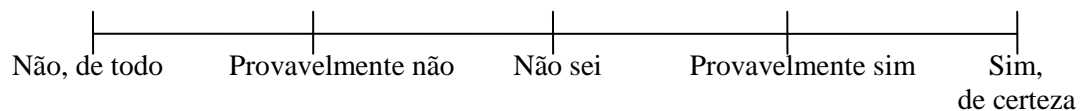
11.13 E É capaz de se masturbar onde vive?



11.14 F É correcto masturbar-se mesmo tendo um (a) parceiro (a) sexual?



11.15 F Gostava de poder masturbar-se com mais frequência?



Itens: 16

K: 3

E: 6

F: 6

N: 1

(4 imagem)

## Homossexualidade

### Instruções

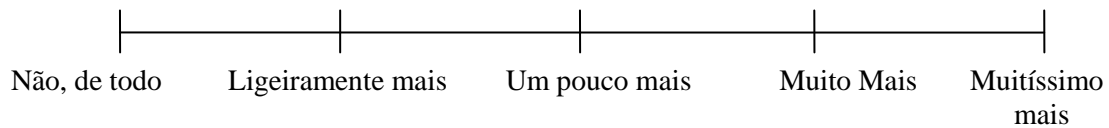
Esta secção pede informações sobre homossexualidade. Algumas questões pedem que escreva as suas respostas e outras requerem que coloque um X na linha para indicar como se sente.

12.0 K O que é a homossexualidade?

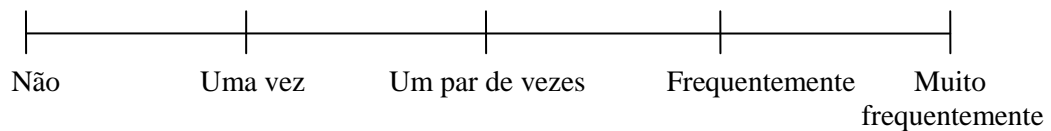
12.1 F Como se sentiria se se envolvesse em comportamentos homossexuais?



12.2 N Gostaria de saber mais acerca da homossexualidade?

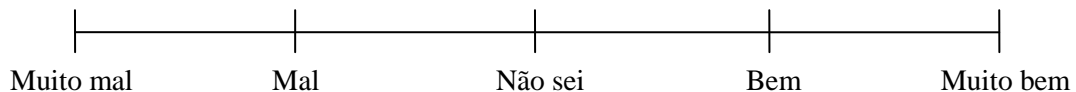


12.3 E Já alguma vez teve uma experiência sexual com alguém do seu sexo?

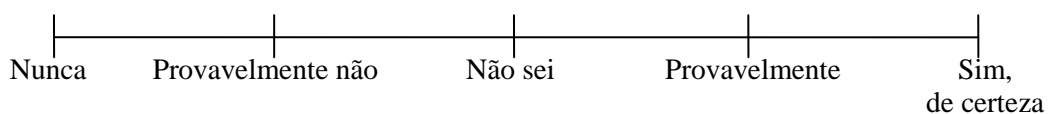


*Se não, vá para 12.7; se outra resposta, continue:*

12.4 F Como se sentiu quando estava com essa pessoa?

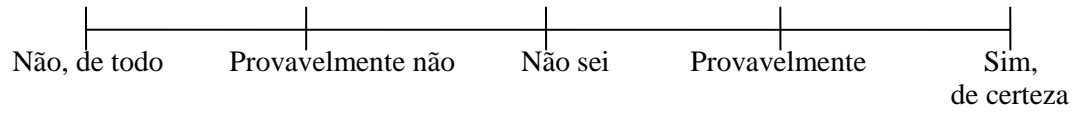


12.5 F Faria isso outra vez?

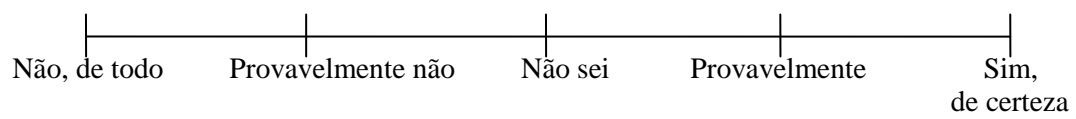


12.6 F Porquê/porque não?

12.7 N Gostaria de ter contacto sexual com alguém do seu próprio sexo?



12.8 F É homossexual?



12.9 F O que o fez decidir isso?

Itens: 10

K: 1

E: 1

F: 6

N: 2

(sem imagem)

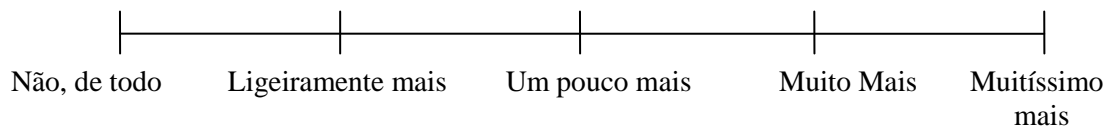
## SENTIMENTOS EM RELAÇÃO ÀS QUESTÕES

### Instruções

Esta secção pede informações sobre os sentimentos em relação às questões que lhe foram feitas. Algumas questões pedem que escreva as suas respostas e outras requerem que coloque um X na linha para indicar como se sente.

1. Como se sentiu em relação às questões que lhe foram colocadas? Que partes gostou mais, ou não gostou?

2. Precisa de saber mais alguma coisa acerca do que falamos aqui?



*Se sim, continue; senão, o questionário está completo.*

3. O que precisa saber mais?

4. Quem gostava que lhe ensina-se ou explica-se acerca destas coisas?

5. Gostava que essa pessoa fosse homem ou mulher; ou é a mesma coisa?

**Obrigada pela tua cooperação**

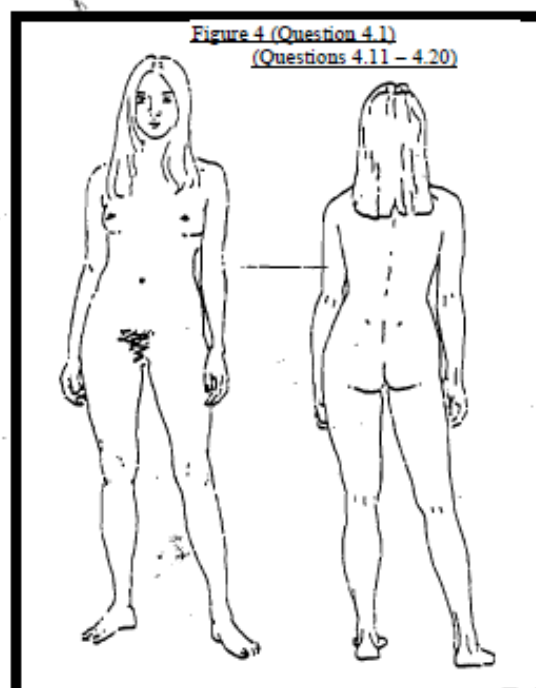
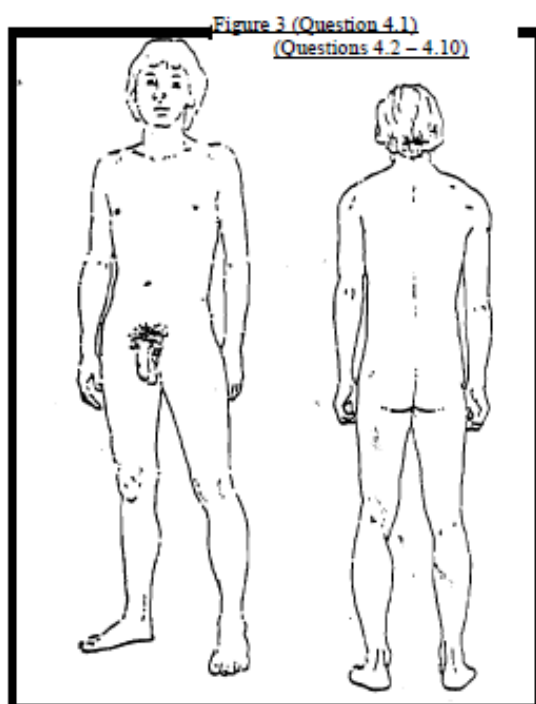


Figure 5 (Question 6.13)



Figure 6 (Question 7.2)



Figure 7 (Question 7.6)

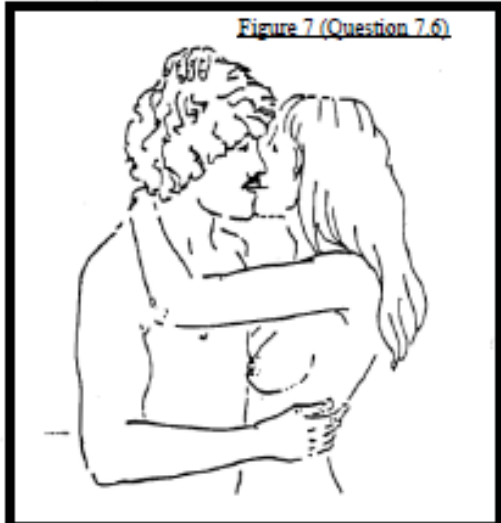


Figure 8 (Question 7.12)



Figure 9 (Question 7.21)





Figure 10 (Question 8.3)

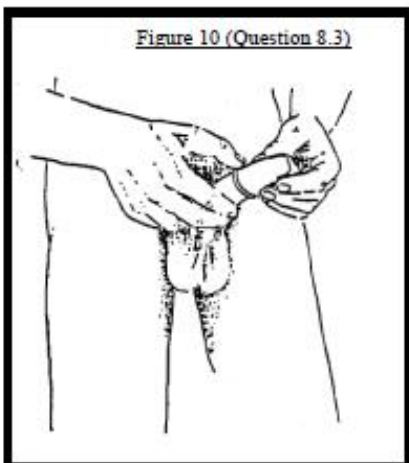


Figure 11 (Questions 8.11 & 8.13)

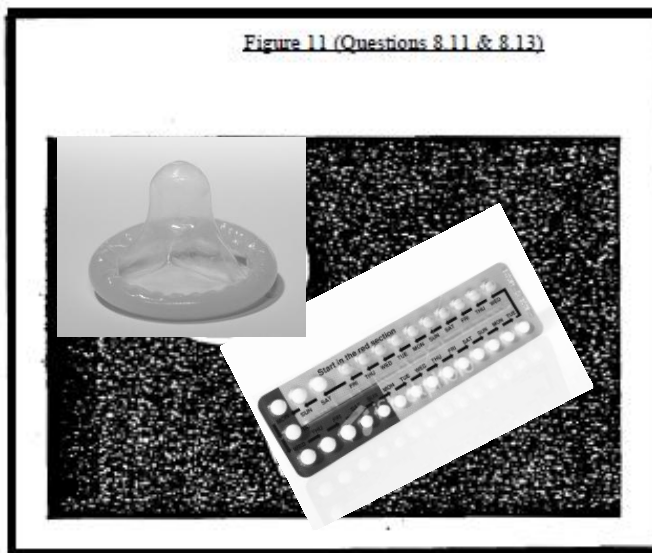


Figure 12 (Question 9.1)



Figure 13 (Question 9.11)



Figure 14 (Question 11.0)

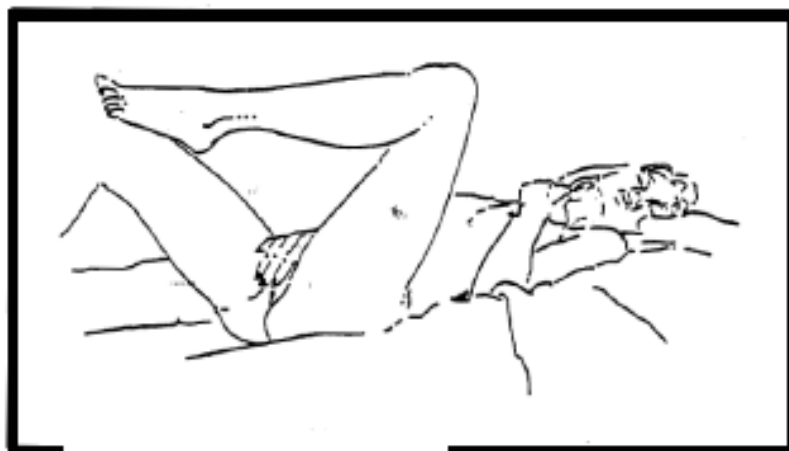
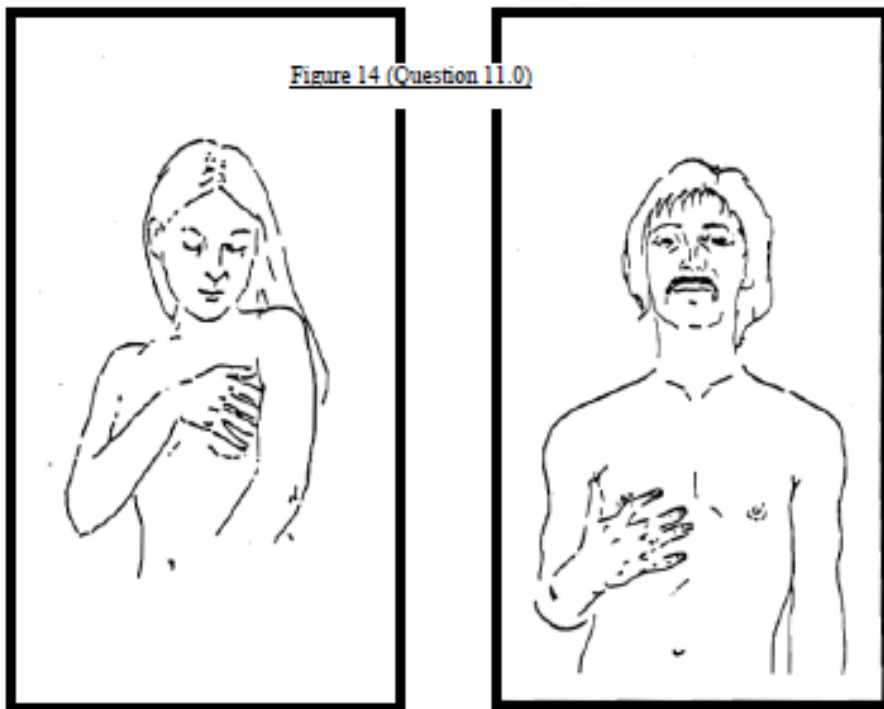
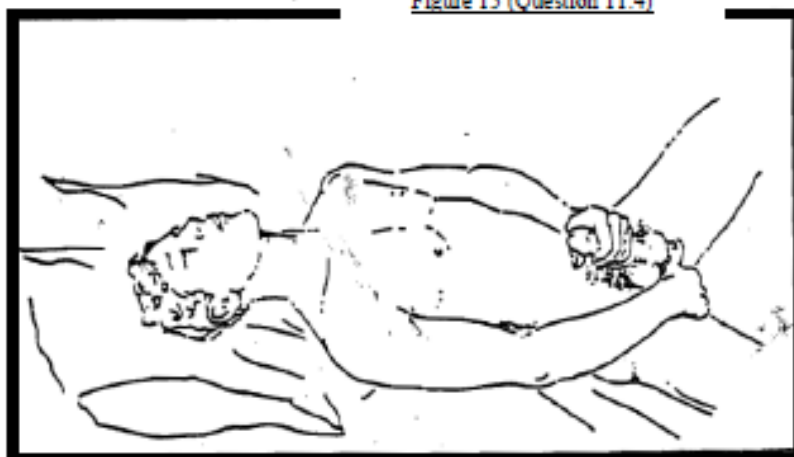


Figure 15 (Question 11.4)



Anexo 2

# **Índice de Bem-Estar Pessoal – Deficiência Mental**

(Tradução para Português – Portugal por Joana Pinto, sob a orientação do  
Prof. Doutor Pedro Nobre)

Terceira Edição

**Robert A. Cummins**

Escola de Psicologia  
Deakin University

E

**Anna L. D. Lau**

Departamento de Ciências e Reabilitação  
Universidade Politécnica de Hong Kong

**2005**

As perguntas abaixo são sobre a sua satisfação com a vários itens da sua vida, numa escala o zero (0) significa que está muito triste, a outra extremidade da escala significa que está muito feliz (a escala de 0-10 – Tipo Likert também é uma opção), sendo que no meio da escala significa que tem uma opinião neutra - não está triste nem feliz.

Classificação do entrevistado

**2-pt**   **3-pt**   **5-pt**

(0-1)   (0-2)   (0-4)

**Parte I: Feliz com a Vida como um Todo [opcional]**

“Qual o nível de felicidade que sente com a sua vida como

--	--	--

um todo?”

**Parte II: Índice de Bem-Estar Pessoal - Deficiência Mental**

“Quão feliz se sente em relação...?”

1.	às coisas que lhe pertencem?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	à sua saúde?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	às coisas que faz ou que aprendeu?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	aos seus amigos e família?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	à sua segurança?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.	a fazer coisas com pessoas fora da sua família?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.	à sua própria felicidade?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Classificação de 2 pontos**



**Classificação de 3 pontos**



**Classificação de 5 pontos**

